

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N° 386

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Andrée-José, Madeleine WOLFERS

Née le 2 Décembre 1935, à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

1964

**Problèmes scolaires posés
par les enfants handicapés physiques
(à l'exclusion des déficients intellectuels)**

Président : M. MICHAUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : WOLFERS

Prénoms : ANDRÉE-JOSÉ, MADELEINE

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

WOLFERS (ANDRÉE-JOSÉ, MADELEINE) - Problèmes scolaires posés par les enfants handicapés physiques (à l'exclusion des déficients intellectuels). — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 83 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

WOLFERS (ANDRÉE-JOSÉ, MADELEINE) - Problèmes scolaires posés par les enfants handicapés physiques (à l'exclusion des déficients intellectuels). — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 83 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

WOLFERS (ANDRÉE-JOSÉ, MADELEINE) - Problèmes scolaires posés par les enfants handicapés physiques (à l'exclusion des déficients intellectuels). — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 83 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

WOLFERS (ANDRÉE-JOSÉ, MADELEINE) - Problèmes scolaires posés par les enfants handicapés physiques (à l'exclusion des déficients intellectuels). — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 83 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Andrée-José, Madeleine WOLFERS

Née le 2 Décembre 1935, à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Problèmes scolaires posés
par les enfants handicapés physiques
(à l'exclusion des déficients intellectuels)**

Président : M. MICHAUX, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHTER (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

MM.

Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathol. et therap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

- carcinologique chirurg. (Necker) REDON (H.)
- cardiol. (Broussais) SOULIÉ (P.)
- chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.); - *Cochin* : LEGER (L.); - *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.); - *Pitié* : CORDIER (G.); - *Saint-Antoine* : GOSSET (J.); - *Salpêtrière* : SICARD (A.); - *Tenon* : OLIVIER (Cl.).
- chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) FÈVRE (M.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- chirurgie cardio-vascul. (Broussais) DUBOST (Ch.)
- chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec) MATHEY (J.)
- endocrinologique (Pitié) DECOURT (J.)

Cliniques :

- Génétique médicale (Enfants-Malades) LAMY (M.)
- gynécologique (Broca) HUGUIER (J.)
- maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) DEGOS (R.)
- maladies des Enfants (Enfants-Malades) TURPIN (R.)
- maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)
- maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) DELAY (J.)
- malad. métab. (Necker) HAMBURGER (J.)
- maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
- maladies du système nerveux (Salpêtrière) CASTAIGNE (P.)



Cliniques :	MM.	Cliniques :	MM.
médicales : Broussais : MILLIÈRE (P.), LENÈGRE (J.); - Cochin : BROUET (G.); - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.); - Lariboisière : SÈZE (S. DE); - Pitié : DREYFUS (G.); - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).		— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)	— pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	— stomato. (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	ROUX (M.)
neurolog. (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.); - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).		— toxicologique	GAULTIER (M.)
obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)	— urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)	— chirurg. orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
» (Cochin)	OFFRET (G.)	Séméiologie médicale	DOMART (A.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)	Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
		Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
		Clinique urolog. (Necker)	COUVELAIRE (R.)
		Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau)	N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)	Médecine: AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
Maladies infectieuses . . .	BASTIN (R.)	Rhumatologie DELBARRE (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie . .	MADURO (R.)	
*pneumo-Phtisiologie . . .	KREIS (B.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).	Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) pr. s. ch. MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch.; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).	Histologie : MM. COUJARD (R.), pr. s. ch.; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).	Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
Bactériologie : MM. BARBIER (P.); pr. s. ch.; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).	Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), m. conf.; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), pr. s. ch.; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).	Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).	Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHT (G.); SEBAOUN (J.).
Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), pr. s. ch.	Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).	Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).
Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).	Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).
Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).	Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), m. conf.; LÉDOUX-LEBARD (G.).	Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOUBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
Embryologie : M. ROUX (Ch.).	Ophtalmologie : M ^{mes} ALIVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
	Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
	Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SÉRGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.)

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAUREN (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.)

Physique médicale : MM.CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); GERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)

Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

AUX MIENS

AU DOCTEUR MAURICE POROT

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON MICHAUX

Professeur de la Chaire de Psychiatrie Infantile

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Santé Publique

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A MADemoisELLE LE DoctEUR MOOR

ET A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉE

A RÉALISER CE TRAVAIL

PLAN

Introduction

Chapitre I : Textes de lois et circulaires, relatifs à la scolarisation et à l'aide sociale à l'Enfance physiquement handicapée.

Chapitre II : Moyens mis à sa disposition :

- A) Les moyens audio-visuels d'enseignement et leurs auxiliaires. L'enseignement par correspondance et à domicile.
- B) Les classes et écoles de Plein-Air.
- C) Les lycées climatiques.
- D) Les classes spécialisées.
- E) L'école à l'Hôpital.
- F) L'enseignement dans les établissements spécialisés.
- G) Classes de rattrapage.
- H) Formation des enseignants.

Chapitre III : Enquête faite dans le département de l'Orne.

Chapitre IV : Problèmes particuliers posés par :

- 1) Les épileptiques,
- 2) Les diabétiques,
- 3) Les cardiaques,
- 4) Les néphritiques et albuminuriques,
- 5) Les hémophiles.

Conclusions.

INTRODUCTION

« L'enfant doit être mis en mesure de se développer de façon normale, matériellement et spirituellement. »

Ces lignes, relevées dans la Déclaration des Droits de l'Enfant à l'O.N.U., nous paraissent propres à ouvrir cet exposé, résumant en quelques mots ce qui sera notre propos.

En effet, ce qui s'applique à l'enfance normale est encore plus valable lorsque l'on s'adresse à de jeunes handicapés pour lesquels travail intellectuel et formation spirituelle restent les meilleurs atouts en vue de dominer leur infirmité et de s'insérer dans une vie sociale normale.

On parle beaucoup à notre époque « d'enfance inadaptée » ; il s'agit là d'un problème vaste, aux aspects multiples et il semble que, pour en permettre l'étude, le monde de l'enfance déficiente ait été scindé en deux :

- d'une part, les diminués physiques infirmes ou malades de toutes sortes (que leur atteinte soit congénitale, héréditaire ou acquise) ;
- d'autre part, toutes les autres formes d'inadaptation, dues soit à une maladie mentale caractérisée, soit, le plus souvent, à des troubles mentaux réactionnels, de degrés divers, résultant de situations conflictuelles envers le milieu ambiant, quelle qu'en soit la cause.

Les travaux actuels, les recherches portent souvent sur les causes mentales de l'inadaptation et, mis à part les problèmes médico-sociaux posés par les infirmes (en particulier les paralysés) et les tuberculeux, l'opinion publique semble plus spécialement attirée par les questions relatives à la délinquance juvénile ou à l'enfance malheureuse et en danger moral (demandant souvent des solutions d'urgence préventives et thérapeutiques), que par le sort des petits diminués physiques.

Or, en 1961, il y avait en France entre 3.000 et 5.000 aveugles, 8 à 10.000 sourds-muets, environ 8.000 amblyopes et 10.000 demi-sourds.

Le nombre des infirmes moteurs oscillait autour de 200.000, et l'on recensait à peu près 2.000 diabétiques, 20.000 épileptiques, sans compter les cardiaques, hémophiles, néphritiques et tous autres malades chroniques (chiffres fournis par la Section Spécialisée de Documentation en faveur de la Jeunesse Scolaire et Universitaire, fonctionnant dans le cadre du B.U.S.).

Ces chiffres montrent la nécessité de faire des statistiques aussi précises que possible, afin de pouvoir mieux envisager les besoins de cette catégorie de la population en matière d'orientation et de formation scolaire puis professionnelle.

Nous nous proposons donc de limiter cette étude aux problèmes relatifs à la scolarisation des jeunes handicapés physiques et de voir ce qui a été réalisé pour eux, tant sur le plan législatif que sur celui des réalisations pratiques.

Nous envisagerons le cas des enfants et adolescents d'âge scolaire, c'est-à-dire de 4 à 16 ans environ, puisque depuis l'année 1959 la scolarité est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans et que, d'autre part, l'âge moyen de fin d'études secondaires se situe entre 16 et 18 ans.

Il importe, de plus, de faire une classification sommaire des maladies et infirmités en cause.

Citons d'abord les infirmes : infirmes moteurs de toutes sortes et infirmes sensoriels, puis les malades atteints de :

- rhumatisme articulaire aigu ;
- cardiopathies congénitales ou acquises ;
- primo-infection tuberculeuse ;
- tuberculoses pulmonaires ou autres ;
- ostéomyélites ;
- néphrites aiguës et chroniques ;
- néphrose lipoïdique ;
- hémophilie ;
- bronchectasies ;
- diabète ;
- épilepsie.

Ces deux catégories de sujets font le plus souvent de longs séjours à l'hôpital, puis dans divers centres de cure et doivent pourtant, à plus ou moins brève échéance, affronter le monde tel qu'il est en commençant par s'insérer dans leur milieu familial et social.

Il est de toute première importance d'organiser pour eux un enseignement à l'hôpital et dans les établissements de cure et de rééducation fonctionnelle de toutes sortes.

Le cas des enfants bronchectasiques, diabétiques et épileptiques est un peu différent car, mis à part les cas graves, ils sont censés pouvoir mener assez rapidement une vie scolaire normale. En fait, ceci reste très théorique, car ce sont des enfants fragiles qui suivront leur classe de façon tout à fait irrégulière, prenant de gros retards et étant souvent amenés à rester chez eux, bénéficiant ou non d'un enseignement par correspondance.

Reste donc une dernière catégorie comprenant, outre les enfants et adolescents pouvant suivre une scolarité à peu près normale moyennant certaines précautions indispensables, et parfois un matériel scolaire spécial, ceux dont l'état de santé justifie un séjour en aërium, dans une école de plein-air ou un lycée climatique.

Parmi eux, il y a les enfants convalescents, les chétifs, mais aussi les allergiques, asthmatiques et bronchorrhéiques, enfin, les petits cardiaques, épileptiques, diabétiques ayant une forme peu grave et bien compensée.

Nous passerons en revue les moyens dont on dispose pour apporter à tous ces jeunes, instruction et éducation. Comme l'a montré le Docteur DOUADY, ils sont de trois sortes :

- les moyens audio-visuels d'enseignement et leurs auxiliaires ;
- l'enseignement par correspondance et à domicile ;
- la création d'un enseignement sur place, dans les collectivités d'enfants déficients physiques, depuis l'hôpital jusqu'aux centres spécialisés, assuré par des instituteurs en possession d'un certificat d'études spéciales.

Tous ces efforts tendent vers un seul but : l'intégration le plus souvent et le plus rapidement possible de l'enfant dans une classe normale, « solution la plus propre à assurer son reclassement ».

En fait, qu'existe-t-il ? A titre d'exemple, nous citerons une enquête faite dans le département de l'Orne où nous avons séjourné durant l'année 1962-1963. Nous verrons à quelles difficultés matérielles ou psychologiques on se heurte devant tel ou tel type de malade chronique.

En conclusion, nous montrerons le rôle joué par l'instruction dans l'adaptation, puis la réadaptation de ces enfants et sa nécessité absolue.

CHAPITRE I

PRINCIPAUX TEXTES DE LOIS ET CIRCULAIRES RELATIFS A LA SCOLARISATION ET A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE PHYSIQUEMENT HANDICAPEE

Alors que s'ébauche toute une législation concernant la protection sociale de l'enfance malheureuse et un danger moral, un nombre limité de textes ont paru en faveur de l'enfance physiquement handicapée.

Concernant l'obligation scolaire, deux lois ont paru :

— Celle du 28 mars 1882 rend l'instruction primaire obligatoire pour tous les enfants âgés de 6 à 14 ans révolus. Des dispenses sont accordées aux enfants fréquentant un établissement du second degré ou l'enseignement technique ou agricole. Des autorisations d'absence n'excédant pas huit semaines par an sont prévues pour les enfants de moins de 12 ans, occupés à des travaux agricoles ou embauchés pour la pêche maritime. Quant aux enfants malades ou infirmes, est à noter l'unique phrase : « Un règlement déterminera les moyens d'assurer l'enseignement primaire aux enfants sourds-muets et aux aveugles.

— Celle du 6 janvier 1959 (parue dans l'ordonnance n° 59-45) sur la prolongation de la scolarité obligatoire, dit notamment :

— L'instruction est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans révolus, pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, qui atteindront l'âge de six ans, à partir du 1^{er} janvier 1959 (ARTICLE I).

— ARTICLE 3 : Elle peut être donnée soit dans les établissements ou Ecoles publiques ou libres, soit dans les familles par les parents, ou l'un d'entre eux, ou toute personne de leur choix.

- ARTICLE 5 : Les manquements à cette obligation constituent des contraventions et peuvent entraîner la suspension ou la suppression du versement aux parents des Prestations familiales dans des conditions fixées par décrets.

Comme suite à la loi du 28 mars 1882, aurait dû paraître un règlement en faveur des sourds-muets et aveugles, mais :

« La Commission chargée de l'enquête montre que le nombre de ces enfants privés d'enseignement restait insignifiant et, en conséquence, qu'il suffirait d'accroître le nombre des bourses accordées dans les établissements où les jeunes sourds-muets peuvent recevoir un enseignement professionnel, le seul dont ils puissent tirer un réel profit. »

L'arrêté du 26 février 1888 porte création, à titre d'essai, à l'Institut National des Sourdes-Muettes, d'une classe spéciale « enfantine » pour les jeunes de 6 à 7 ans, de 10 élèves au maximum.

Nous ne ferons que mentionner la loi du 15 avril 1909 sur l'enseignement des sourds-muets, aveugles, amblyopes et arriérés, et la circulaire parue en 1922 sur l'enseignement des enfants déficients physiques dans les établissements de soins, de cure ou de prévention.

Tout ceci correspond à des points de vue largement dépassés et nous en viendront à ce qui est actuellement valable.

Depuis 1945, l'enseignement spécial s'est développé à un rythme de plus en plus rapide et nous citerons les textes les plus importants à notre avis :

- *Les circulaires du 28 septembre 1957 et du 11 janvier 1958* sont relatives aux mutilés du bras droit et aux poliomyélitiques candidats aux examens publics, dans lesquelles il est dit :

« Ce qu'il importe de juger, c'est la qualité des études faites par ces malades dans des conditions très méritoires » ; « en conséquence, chaque fois que la chose sera possible, on les groupera dans une salle sous surveillance particulière et lorsque la durée de l'épreuve à subir dépassera deux heures, ils pourront bénéficier d'une prolongation d'une heure au maximum. »

- Ceci est le prélude à l'importante circulaire du 5 janvier 1959, relative à l'organisation de la scolarité des enfants infirmes moteurs publiée au *Bulletin Officiel de l'Education Nationale* du 26 janvier :

« Il est indispensable que tous les jeunes infirmes ... qu'ils soient ou non placés dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou d'éducation motrice, puissent recevoir, même s'ils sont immobilisés dans leur famille, l'instruction à laquelle ils ont droit. »

Il est prévu deux sortes de solutions :

Dans toute la mesure où leur état de santé rend la classe possible, ces enfants doivent être reçus dans une classe normale, et il est demandé aux directeurs d'établissements d'enseignement d'examiner avec soin ces demandes d'inscription et de faciliter ainsi leur intégration scolaire.

Pour les autres, trois possibilités :

- classes annexées à des centres existants de soins, de cure, de réadaptation fonctionnelle ou d'éducation motrice ;
- classes annexées à des écoles ordinaires, avec organisation dans un secteur limité du ramassage scolaire ;
- établissements d'enseignement public autonomes avec internat ou demi-internat pour ceux qui ne peuvent fréquenter une classe annexe.

En outre, on propose la création d'établissements interdépartementaux ou nationaux pour recevoir les jeunes infirmes ne pouvant être accueillis dans les classes ou établissements du département.

Le plus souvent possible, devront être organisés des services de ramassage scolaire.

De plus, les parents sont invités à faire inscrire leur enfant au Centre National de Télé-Enseignement.

Il est fait la recommandation suivante :

« Certains élèves infirmes de l'enseignement par correspondance, notamment les plus jeunes, ont besoin d'être suivis sur place dans leur travail ; vous voudrez bien étudier de quelle manière ils pourront être aidés soit par des instituteurs, soit par des maîtres titulaires libres de leur consacrer un peu de temps en dehors de leur service régulier, ou en faisant appel à des maîtres retraités... Je vous rappelle enfin que l'article 16 de la loi du 28 mars 1883, relative à l'obligation de l'enseignement du premier degré, qui prévoit notamment le contrôle des inspecteurs de l'enseignement primaire, est applicable aux enfants infirmes d'âge scolaire instruits dans leur famille. »

- *La circulaire du 20 mars 1963* attire l'attention sur le cas des enfants et adolescents atteints de troubles permanents de la santé, qui peuvent néanmoins poursuivre leur scolarité dans des classes ordinaires.

En voici l'essentiel :

« S'il convient de diriger vers les externats et internats spécialisés les élèves ne pouvant trouver dans leur famille ou à l'école les soins et l'enseignement particulier que nécessite leur état, et

si nous devons encourager la création d'établissements spécialisés qui sont indispensables, nous ne devons pas perdre de vue, comme l'a rappelé pour les infirmes moteurs la circulaire du 5 janvier 1959, que le plus grand nombre possible des handicapés physiques de toutes catégories doit être admis dans les classes ordinaires, lorsqu'il n'y a pas de risque important pour eux-mêmes et d'inconvénient grave pour le fonctionnement des établissements...

« Ceci concerne le plus grand nombre d'enfants épileptiques, diabétiques, cardiopathes, asthmatiques ou bronchorrhéiques. Pourtant, certaines restrictions sont faites. Parmi les épileptiques, sont justiciables de scolarité normale :

- ceux qui ont des crises rares ou contrôlées par le traitement ;
- presque tous les enfants atteints du petit mal ;
- ceux dont les troubles du comportement sont mineurs.

« Ces enfants ne seront admis qu'en externat ou demi-internat.

« Pour les enfants diabétiques aussi, l'externat reste la solution-type à envisager dans le cas d'une scolarité normale...

« Tous ceux qui présentent un diabète léger stabilisé peuvent bénéficier d'une scolarité normale, à condition que certaines précautions soient prises (analyses d'urine et injection d'insuline faites avant le départ pour la classe).

« Il n'est d'ailleurs pas exclu que ces enfants puissent être admis en internat (établissements normaux ou climatiques) aux conditions suivantes :

- accord du directeur ;
- alimentation équilibrée ;
- infirmerie bien équipée ;
- médecin de l'internat au courant de ces questions ;
- diabétologue qualifié dans la ville ;
- service d'hôpital pouvant accueillir l'enfant en « urgence ».

« Il est demandé aux directeurs d'établissement d'examiner avec bienveillance les demandes d'inscription de ces malades chroniques, et de prendre les mesures nécessaires à leur intégration dans une classe normale, en collaboration avec le médecin d'hygiène scolaire et universitaire ».

Parallèlement à cette législation scolaire, il a fallu prendre un certain nombre de mesures sociales dont la législation de base est une loi, du 2 août 1949, reprise dans le décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance et inséré dans le Code de la famille.

Comme le dit Madame Renée DERVAUX, Sénateur :

« Cette législation a pour objet de permettre à l'enfant infirme de posséder le maximum de moyens et de connaissances que son état l'aurait empêché d'acquérir si ses parents n'étaient pas encouragés par une aide financière. »

Qu'en est-il exactement ?

Actuellement, deux organismes prennent en charge les handicapés physiques :

- la Sécurité Sociale ;
- l'Aide Sociale.

La Sécurité Sociale prend en charge tous les frais d'hospitalisation quelles que soient les ressources des parents de l'enfant infirme. Mais en cas de traitement externe, elle n'intervient que pour le remboursement des soins médicaux, de l'appareillage, etc., et la famille assure l'entretien du petit malade.

Si les ressources des parents sont inférieures à un certain plafond et s'il s'agit d'un grand infirme, ceux-ci peuvent percevoir une allocation spéciale prévue par l'Aide Sociale.

Dans tous les cas où la Sécurité Sociale ne prend à sa charge que 80 % des frais engagés, les familles peuvent faire appel à l'Aide Sociale pour lui demander le complément.

C'est en 1945 pour la première fois que des mesures sociales furent prises en faveur des aveugles, pour faciliter leur rééducation et les encourager au travail, par l'octroi d'une indemnité compensatrice.

Ces dispositions furent étendues par la loi du 2 août 1949, dite « loi Cordonnier », à tous les infirmes présentant une incapacité permanente de 80 %.

De nos jours, la protection prévue en faveur des infirmes, aveugles et grands infirmes présente les caractéristiques communes à toutes les formes d'Aide Sociale.

Le bénéfice de cette aide est un droit lorsque n'existe aucune autre possibilité d'aide, telle que celles apportées par la Sécurité Sociale ou d'autres législations (victimes de guerre, familles des intéressés).

Elle s'adresse donc, d'une façon générale, aux sujets non assurés sociaux ou aux assurés sociaux indigents et peut être accordée à tout infirme, quel que soit son âge, l'origine et la forme de son infirmité. D'autre part, elle s'applique non seulement aux infirmes moteurs, mais aussi aux tuberculeux chroniques et aux malades stabilisés ou chroniques qui, en raison de séquelles, ne peuvent travailler de façon normale.

L'atteinte en cause doit être permanente, mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit considérée comme définitive et sans espoir d'amélioration.

Sur ce plan, les individus ont été classés en deux catégories : ceux de moins de quinze ans et les autres ; nous envisagerons le cas des moins de quinze ans entrant dans le cadre de notre étude.

Outre la déclaration de l'infirmité entraînant une incapacité de plus de 80 % à laquelle ils sont tenus, les parents, s'ils veulent bénéficier de l'Aide Sociale, doivent donner à l'enfant les soins et l'éducation spécialisée que nécessite son état. S'ils refusent ou négligent cette obligation, ils peuvent se voir refuser ou retirer l'allocation spéciale à laquelle peut avoir droit un enfant infirme.

Pour les mineurs, l'Aide Sociale intervient de plusieurs façons :

- 1° Allocation spéciale versée aux parents (en plus des Allocations Familiales).
- 2° Prise en charge d'un placement en établissement ou d'un placement familial. Les familles doivent déposer une demande avec certificats médicaux à l'appui, au Bureau d'Assistance Sociale de la mairie de leur commune. A la suite de cette déposition, une enquête administrative est ouverte, et chaque cas est examiné par un médecin-expert associé à la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes.

L'aide accordée est totale ou partielle selon les possibilités financières des intéressés, et s'occupe du placement des jeunes handicapés physiques dans les Centres de Rééducation Fonctionnelle, Scolaire ou Professionnelle. Cette éducation peut être effectuée en internat, mais aussi en externat avec organisation d'un ramassage scolaire, ou en placement familial nourricier.

L'allocation spéciale a d'abord été réservée aux parents d'enfants de moins de 15 ans atteints d'une infirmité entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 % ; mais depuis le décret du 2 septembre 1954 :

« Tout mineur infirme, même si son incapacité est inférieure à 80 %, peut, dans le cas de la présente réglementation, demander à bénéficier de soins, d'une éducation spécialisée ou d'une formation professionnelle appropriée à son état, si les examens auxquels il a été soumis établissent qu'il ne peut s'adapter aux conditions d'une scolarité normale. »

« La demande pour obtenir la prise en charge des frais de placement par l'Aide Sociale après avoir été déposée et inscrite conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 29 novembre 1953, doit être soumise à la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes. »

Les choses en sont restées là jusqu'au 31 juillet 1963, date à laquelle l'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté une loi promulguée au *Journal Officiel*, n° 180 du 2 août 1963, instituant pour les mineurs infirmes une prestation familiale, dit d'éducation spécialisée, et remplaçant plusieurs articles du Code de la Sécurité Sociale par les dispositions suivantes :

— ARTICLE 527 : « Les allocations familiales sont dues tant que dure l'obligation scolaire, et un an au delà, pour l'enfant à charge non salarié. Le Service des Allocations est prolongé jusqu'à un âge et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en ce qui concerne ... les enfants qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle, et ceux qui ouvrent droit à l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes. »

— ARTICLE 543 : « Les enfants à charge atteints d'une infirmité qui justifie, outre les soins nécessaires, une éducation spécialement adaptée, y compris sous forme de cure ambulatoire, à l'exclusion toutefois des enfants ne présentant qu'une infirmité légère, ouvrent droit, quel que soit leur rang dans la famille, à l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes, lorsque l'éducation ... appropriée à leur état leur est dispensée, soit par des établissements publics, soit par des établissements ou des organismes privés agréés à cet effet, et que les frais ne sont pris en charge ni par l'établissement lui-même, ni au titre de l'assurance-maladie... »

L'allocation est accordée sur avis conforme de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes, et son taux est fixé par décret... »

« Cette allocation ne sera pas prise en considération pour le calcul des ressources de la famille en vue de l'attribution de l'Aide Sociale. Toutefois, la prise en charge au titre de l'Aide Sociale est réduite si elle dépasse, complétée par l'Allocation d'Education Spécialisée, le montant des frais. »

Comme l'a déclaré Monsieur MARCELLIN, Ministre de la Santé Publique et de la Population :

« Le montant de l'Allocation d'Education Spécialisée aux mineurs infirmes sera égal à 50 % du salaire mensuel servant de base au calcul des Allocations Familiales, c'est-à-dire actuellement 121,44 F, et plus de 30.000 enfants en bénéficieront. »

(Pour le moment, les textes d'application de cette loi relatifs aux limites d'âge, aux conditions à remplir pour y avoir droit, et à la liste des établissements d'éducation spécialisés agréés, n'ont pas été publiés.)

Remarquons que le mot « Infirmes » qui revient sans cesse dans les textes de loi (mineurs infirmes, enfants infirmes), vient du latin « Infirmus » qui veut dire « faible », et à ce sujet un second point a été évoqué : celui de l'aide aux inadaptés scolaires ne pouvant

bénéficier de cette allocation d'études spécialisées. Un texte est à l'étude en vue de créer des bourses d'adaptation scolaire destinées aux déficients physiques légers ou classés comme tels, ne pouvant bénéficier de la prestation familiale, dite d'éducation spécialisée. Nous voyons donc qu'il reste beaucoup à faire.

Si 30.000 enfants environ doivent bénéficier de cette Aide Sociale supplémentaire, le nombre des enfants inadaptés en France est d'environ 1.587.000, dont 1.000.000 de caractériels.

Trop souvent ces enfants ne reçoivent aucune formation intellectuelle : soit que les parents n'en voient pas la nécessité, soit qu'elle leur paraisse bien secondaire en regard des problèmes matériels et médicaux auxquels ils se heurtent, soit parce qu'ils doivent payer des frais de scolarité trop élevés. Plus de la moitié des enfants handicapés ne relèvent plus d'un traitement médical, et n'ont besoin que de méthodes pédagogiques adaptées ; et dans ce cas, les parents ne perçoivent plus l'allocation spéciale donnée par l'Aide Sociale.

« Des mesures sont donc à prendre pour permettre aux parents de donner l'instruction à leurs enfants et les y obliger. »

CHAPITRE II

MOYENS MIS A SA DISPOSITION

A) LES MOYENS AUDIO-VISUELS D'ENSEIGNEMENT ET LEURS AUXILIAIRES L'ENSEIGNEMENT PAR CORRESPONDANCE ET A DOMICILE

Ils offrent des possibilités multiples et variées, mais leur utilisation dans les établissements de cure de toutes sortes, les centres de réadaptation et classes spécialisées, est limitée, le plus souvent pour des raisons d'ordre matériel et technique.

Quels sont-ils ? Nous étudierons successivement le rôle joué dans l'instruction et l'éducation des jeunes par :

- a) l'observation directe ;
- b) la projection fixe ;
- c) l'utilisation des tableaux de feutre ;
- d) le cinéma ;
- e) la télévision ;
- f) enfin la radio, le disque, le magnétophone.

a) OBSERVATION DIRECTE

Il est certain que l'observation directe reste le meilleur procédé existant et qu'il doit être longuement mis en pratique. C'est le meilleur moyen pour l'enfant de garder contact avec la nature, de développer son sens de l'observation et le goût de la découverte personnelle d'une chose réelle. C'est cette vision familière du monde, cette possibilité de construire son univers personnel qui manquera aux tout-petits, grands malades ou infirmes, ayant toujours vécu en dehors de leur milieu naturel.

b) PROJECTION FIXE

La projection fixe est un auxiliaire audio-visuel précieux ; moyen d'analyse statique par rapport, par exemple, au cinéma « moyen de synthèse dynamique », la projection fixe peut donc jouer un rôle important dans le domaine du raisonnement analytique. Sur le plan pratique, elle peut servir en quelque sorte de « tableau noir amélioré ».

Les appareils d'utilisation sont de deux sortes : l'épiscope projetant l'image de documents opaques, et le diascope projetant des reproductions transparentes de ces documents.

L'épiscope a l'avantage de permettre la projection de n'importe quel document : page de livre, illustration, schémas de toutes sortes, mais s'il ne demande aucune préparation préalable de ces documents, la projection ne peut se faire qu'en salle obscurcie et l'appareil coûte cher (actuellement environ 2.000 F).

Le diascope, par contre, est peu coûteux (200 F) et très commode. Il permet une projection de bonne qualité, dans une salle normalement éclairée. Professeurs et élèves peuvent prendre des notes, rester en contact et la classe garde ainsi son caractère de communauté.

Ceci a été étudié en détail par Henri BÉLIOT, dans son article sur « Les possibilités d'auxiliaires audio-visuels d'enseignement et leurs limites ». Les anciens appareils utilisaient comme matériel de projection les diapositives sur plaque de verre ; de nos jours, on se sert des diapositives sur pellicules de petit format dont il existe d'importantes collections, et du film en bande.

Les dernières diapositives sont les plus pratiques, d'autant plus qu'on peut les fabriquer soi-même, en photographiant les documents dont on désire se servir pour illustrer tel ou tel cours, et en projetant les diapositives correspondantes sur le tableau.

Les films en bandes devront être découpés et réassemblés, car les vues sont trop nombreuses, d'inégal intérêt et leur présentation en diapositives fait qu'ils s'abîment moins. De plus, si l'élève s'aperçoit que des vues ont été sautées au cours d'une séance de projection, il se sent frustré, demande pourquoi on a supprimé ces vues, l'atmosphère de la classe n'est plus la même et l'intérêt manifesté moindre.

Les formats cinématographiques sont les suivants : 18×24 mm, 24×36 mm, 50×50 mm, depuis l'apparition du film en couleur. Le plus souvent possible, ces bandes sont accompagnées de notices explicatives, permettant à des personnes diverses de faire des commentaires valables.

c) UTILISATION DES TABLEAUX DE FEUTRE

C'est un moyen très simple, à la portée de tous, mis au point au Centre de Recherches Audio-Visuelles de Sèvres.

Il consiste à faire les projections sur un tableau de feutre, pendu sur une surface plane, ou à accrocher sur ce tableau des documents découpés dans du buvard ou à associer les deux. Ceci est particulièrement intéressant pour l'apprentissage de la lecture, du calcul, dans les classes primaires ; c'est un moyen vivant et rapide permettant au professeur d'enseigner face à ses élèves.

Il existe des séries de lettres et de chiffres, de taille variable, ce qui peut rendre de grands services, en particulier dans les classes d'amblyopes.

d) CINÉMA ÉDUCATIF

Il peut et doit jouer un rôle important dans l'instruction et le maintien de l'équilibre d'un enfant désadapté ; c'est un instrument pédagogique efficace. Il y a en gros deux catégories de films : ceux réservés à l'enseignement seul... et les autres.

Nous allons d'abord parler du film d'enseignement : il est bien évident qu'il n'est pas fait pour remplacer un cours, mais pour le compléter, le rendre plus vivant et plus explicite, faisant appel à la mémoire visuelle pour l'assimilation de certaines connaissances. Le cinéma est ainsi utilisé sous forme de films de court métrage ou de documentaires pour l'enseignement des sciences naturelles, physique, chimie, histoire et géographie.

Il intervient sur le plan des réalisations pratiques de trois façons :

- 1° Le film inducteur, pour un thème de travail, dans les classes du premier degré, celui-ci atteignant l'usager par la voie du prêt.
- 2° Le film didactique, monovalent, supposant un appareil établi à demeure dans chaque établissement et une filmathèque, ce qui n'est pratiquement jamais réalisé.
- 3° Le grand film culturel, formant la matière d'une explication esthétique, à l'instar de la lecture expliquée des chefs-d'œuvre de la littérature.

Ainsi compris, le cinéma est peu utilisé dans les établissements pour chroniques où il semble que ce ne soit pas tant le problème de l'instruction des enfants que l'on se pose, que celui de ses loisirs.

C'est pour cela que les films d'enseignement sont le plus souvent laissés de côté, au profit de séances de projection, comprenant :

- films d'actualités ;
- dessins animés, comiques ;
- documentaires de toutes sortes ;
- et films commerciaux judicieusement choisis.

Une enquête faite dans les préventoria de la région du Mont-Blanc, en 1956, montrait que sur 1.200 enfants, répartis dans 16 préventoria :

- 650 n'avaient aucune séance ;
- 150, une séance tous les quinze jours ;
- 400 bénéficiaient d'une séance de temps en temps, grâce à une organisation paroissiale ;
- 150 ne possédaient qu'un appareil en 9,5 mm, ce qui restreignait encore le choix des programmes.

L'enquête a mis en évidence l'intérêt des films d'actualités, pour lutter contre l'inertie, le repliement sur soi, inhérent aux exigences de la cure, alors que, par contre, les films d'enseignement pur paraissaient monotones, dénués d'action, l'ennui étant particulièrement ressenti par des sujets vivant déjà à un rythme ralenti.

Comment remédier à cet effet ? En faisant intervenir un commentaire valable, précédant ou suivant la projection.

C'est ainsi que, depuis 1956 environ, un nombre important de ciné-clubs se sont organisés en France, avec création de fiches analytiques pour chaque film. Ces fiches, distribuées dans les écoles avant la projection, doivent l'être aussi dans les classes spéciales et peuvent servir de base à une discussion simple ou à une leçon.

Ainsi le cinéma, « œil ouvert sur la vie », pourra-t-il remplir pleinement sa mission qui, pour l'enfant handicapé, est essentiellement de maintenir sa curiosité et son enthousiasme en éveil, tout en élargissant le champ de ses connaissances.

De plus, tout film a une vertu esthétique certaine et joue un rôle dans la formation du goût ; le sens du beau est un facteur d'équilibre pour l'être désavantagé, encore plus que pour l'être normal.

Enfin, il est certain que le cinéma intervient dans un domaine ici particulièrement fragile et mouvant : l'affectivité, permettant projections et identifications servant de point de départ à la réflexion et à l'enrichissement personnel.

Comme le dit Marcel MARTIN dans son ouvrage sur le langage cinématographique :

« Avec le cinéma, en effet, ce sont les êtres et les choses mêmes qui paraissent et qui parlent ; point de moyen terme entre eux et nous, la confrontation est directe. »

Ceci dit, le cinéma éducatif reste peu utilisé (il est à remarquer que, à l'heure actuelle, 98 % des écoles environ ont un appareil de projection en 16 mm, mais que trois fois sur cinq, cet appareil est soigneusement rangé et ne sert jamais). Dans les établissements de cure, la situation est encore moins favorable. L'on manque non seulement d'enseignants, mais simplement d'un personnel ayant le temps et la patience de préparer, d'organiser ces séances éducatives que doivent être les séances de projections. De plus, les copies de films sont fort coûteuses et, en 16 mm, il faut les attendre longtemps. En 35 mm, le film doit être sorti du circuit commercial normal pour être accessible aux ciné-clubs et écoles.

Actuellement, plusieurs revues peuvent être consultées pour le choix des films et documentaires. Citons-en trois :

- LES FICHES DE L'I.D.H.E.C., 92, Champs-Élysées, Paris-8^e;
- L'ANNUAIRE DE PROGRAMMATION DU FILM EN FORMAT RÉDUIT (16 mm) : Association du 16 mm, 4, rue Saint-André-Colledebeuf, Paris-16^e;
- et IMAGE ET SON, par l'Union Française des Offices du Cinéma Educateur Laïque, 3, rue Récamier, Paris-7^e.

Là, un personnel qualifié choisit un programme, en fonction de l'âge des enfants (il importe d'organiser deux séances spéciales : une pour les enfants jusqu'à 12 ans environ, l'autre pour les plus grands), de leur niveau, en tenant compte, dans la mesure du possible, de leur classe sociale, de leur état de santé, de la discipline de vie imposée dans les divers centres de cure.

Il existe en France un certain nombre d'organismes chargés de faire les programmes, de réaliser des films, de faire des échanges avec l'étranger en faisant appel à l'Unesco ou au Centre International de l'Enfance.

C'est en particulier le rôle du Centre National de Documentation Pédagogique, comprenant une section d'enseignement audio-visuel et un centre national de documentation et de location de films en 16 mm. La Cinémathèque Centrale de l'Enseignement Public¹ envoie gratuitement les films et documentaires demandés par tous les établissements où travaillent des professeurs de l'Etat. Les établissements privés peuvent aussi s'inscrire, en payant une cotisation annuelle. Toutes les personnes inscrites reçoivent le catalogue des films, dont 60 % à peu près sont réservés à l'enseignement primaire.

(1) Cinémathèque Centrale de l'Enseignement Public, 60, boulevard du Lycée, à Vanves.

Citons encore :

- L'U.F.E.L.E.I.S., 3, rue Récamier, Paris-6^e;
- LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES CINÉ-CLUBS DE JEUNES, 2, rue de l'Elysée, Paris-8^e;
- FILM ET VIE, 47, rue de Clichy, Paris-9^e;
- LA FLÉE, 155, boulevard Haussmann, Paris-8^e;
- FÉDÉRATION DU CINÉMA EDUCATIF, 52, rue Beaumarchais, Paris-9^e;
- L'ASSOCIATION « MONDES ET MERVEILLES », 79, Champs-Élysées, Paris-8^e;
- COMITÉ FRANÇAIS DU CINÉMA POUR LA JEUNESSE, Malakoff (Seine);
- « TRAVAIL ET CULTURE », 2, rue de l'Elysée, Paris-8^e;
- « PEUPLE ET CULTURE », 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris-6^e.

e) L'ENSEIGNEMENT PAR LA TÉLÉVISION

Le rôle de la télévision dans l'enseignement a été défini de façon précise dans la circulaire du 20 avril 1955. Citons-en quelques extraits :

« A côté d'un télé-enseignement destiné aux malades et isolés, et au perfectionnement professionnel, complétant l'enseignement par correspondance et radio..., les producteurs "scolaires" entendent diffuser une documentation vivante et favoriser les observations, démonstrations, explications, qui ne sont possibles qu'en des circonstances exceptionnelles ou exigent un matériel que les enseignants n'ont pas normalement sous la main..., je ne puis donc que vous conseiller si votre établissement se trouve dans les zones de réception de la télévision, de lire les programmes de télévision scolaire, que publie chaque semaine la revue "L'Education Nationale", et de grouper devant l'écran, aux heures d'émission, les élèves intéressés...

Vous pouvez obtenir la liste des appareils agréés pour l'enseignement et tous conseils en vue du choix correspondant le mieux à vos besoins au Centre National de Documentation Pédagogique¹. »

C'est ainsi que peu à peu ont été organisés à la télévision, à l'attention en particulier des classes du premier cycle des lycées et collèges d'enseignement général, des cours de mathématiques, physique et chimie, sciences naturelles, en plus des émissions documentaires existant depuis plusieurs années déjà.

En effet, la direction des programmes de la télévision scolaire a accédé à une demande de la télévision scolaire remontant aux

(1) Centre National de Documentation Pédagogique, 29, rue d'Ulm, Paris-5^e. Service des appareils audio-visuels.

Il existe aussi un télé-enseignement élémentaire :

- Le lundi destiné aux cours moyens 1^{re} et 2^e année
- Le vendredi après midi, pour le cours élémentaire.

Les personnes intéressées, directeurs d'établissements ou autres, peuvent demander un livret-programme, distribué aux utilisateurs par l'intermédiaire des centres régionaux de documentation pédagogique. D'une façon générale, les livrets-programmes des cours diffusés à la télévision peuvent être demandés à l'Institut Pédagogique¹.

Pour le moment, ces émissions de la télévision ne peuvent absolument pas permettre de suivre un programme scolaire de façon sérieuse. Les cours sont diffusés de façon trop rapide, les images sont pauvres et surtout, par manque de crédits, il est impossible de faire des corrections, de refaire une émission pour corriger une erreur grave.

Malgré ces inconvénients, selon la formule de BACHELARD, il s'agit d'un moyen audio-visuel apportant « la vie à domicile », et comme le dit Madame GRATIOT-ALPHANDERY :

« Les moyens audio-visuels rapprochent les distances et, dans le temps comme dans l'espace, bouleversent les dimensions perceptives, reconstruisant les notions de temps et d'espace, rejetant le passé loin en arrière, d'où le rôle de la place de l'actualité dans la vie de l'enfant. »

Pour l'enfant malade, à plus forte raison, ceci doit *compléter* et *accompagner* tout ce qui concerne l'enseignement pur, l'acquisition des connaissances et l'assimilation des programmes scolaires.

f) LA RADIO SCOLAIRE

C'est un moyen plus simple et plus facilement utilisable que ceux cités précédemment, particulièrement pour l'étude des textes choisis, des mathématiques, des langues, mais aussi dans le domaine de l'initiation musicale (chant, solfège) et de la récitation.

Depuis peu, les programmes se sont élargis et complétés ; c'est ainsi que depuis le 7 janvier 1963, deux émissions de latin sont données, de vingt minutes chacune :

- Le mercredi de 9 h 35 à 9 h 55 pour la 6^e et depuis octobre 1963
- Le mercredi de 10 h 35 à 10 h 55 pour la classe de 5^e.

De même, trois émissions de vingt minutes, en 6^e et 5^e, sont assurées depuis la rentrée 1963 par le Centre Pédagogique National de Strasbourg pour l'allemand, et celui de Marseille pour l'anglais.

(1) 29, rue d'Ulm, Paris-6^e.

Enfin, les émissions de « Télé-Maths » pour les 6^e et 5^e ont été complétées par trois émissions de vingt minutes chacune pour les classes de 4^e et 3^e. Ces émissions, diffusées en modulation d'amplitude par l'ensemble des émetteurs, peuvent être reçues dans vingt-sept départements français.

Il est à noter qu'elles sont reçues sur une partie seulement de la surface des départements suivants : Aube, Aisne, Charente, Charente-Maritime, Dordogne, Haute-Savoie, Isère, Hérault, Landes, Loir-et-Cher, Mayenne, Orne, Vendée, Seine-Maritime, Yonne, Vosges, Marne, Tarn-et-Garonne, Vaucluse.

En modulation de fréquence, les émissions sont reçues sur la totalité du territoire national, sauf en Savoie, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Drôme et Lozère. Voici, là encore, les *horaires des émissions de la radio scolaire* pour l'année 1963-1964 (émissions spécialement conçues sur FRANCE III pour les élèves du C.N.T.E.¹⁾ :

Enseignement des mathématiques :

- Mercredi de 10 h 15 à 10 h 35 : classe de 5^e
- Samedi » » : classe de 6^e

Latin :

- Mercredi de 10 h 35 à 10 h 55
- Samedi » » } classe de 5^e

A partir du mois de janvier 1964

- Lundi
 - Mardi
 - Mercredi
 - Vendredi
- } de 9 h 35 à 9 h 55 : classe de 6^e

Anglais :

- Lundi
 - Mardi
 - Vendredi
- } de 10 h 35 à 10 h 55 : classe de 6^e
- Lundi
 - Mercredi
 - Vendredi
- } de 14 h 35 à 14 h 55 : classe de 5^e

Allemand :

- Lundi
 - Mardi
 - Vendredi
- } de 10 h 15 à 10 h 35 : classe de 6^e
- Lundi
 - Mercredi
 - Vendredi
- } de 14 h 15 à 14 h 35 : classe de 5^e

Espagnol :

- Vendredi de 9 h 25 à 9 h 35 : classe de 1^{re}

(1) Centre National de Télé-Enseignement.

Italien :

- Vendredi de 9 h 35 à 9 h 45 : classe de 1^{re}
(sur *France III*)

Le vendredi, sur *FRANCE III*, émission destinée à compléter les cours par correspondance pour le premier degré :

Anglais :

- Vendredi de 9 h à 9 h 15 : classe de 3^e
- Vendredi de 10 h à 10 h 15 : classe de 6^e

Enfin, sur *FRANCE II* :

Récitation :

- Mardi de 15 h 30 à 15 h 45 : cours moyen 2^e année, cycle d'observation

Chant :

- Mardi de 15 h 45 à 16 h : cours élémentaire, certificat d'études

Initiation à la musique :

- Mercredi de 15 h 30 à 16 h : tous niveaux

Chant :

- Cours moyens 1^{re} et 2^e année, certificat d'études, cycle d'observation

Solfège :

- Vendredi de 15 h 45 à 16 h : tous niveaux

Géographie ou histoire ou sciences naturelles :

- Vendredi de 15 h 30 à 15 h 45 : cours moyens 1^{re} et 2^e année, classe terminale (fin d'études primaires)

Le disque éducatif :

Parmi les autres moyens pouvant être mis à la disposition des jeunes handicapés physiques il y a le disque, précieux auxiliaire d'enseignement, bien que lui aussi soit, en dehors des loisirs, le plus souvent laissé de côté.

Il existe un répertoire important de :

- disques de théâtre, histoire, littérature,
- lectures de textes choisis et poésies,
- disques de musique classique, chant, opéra,
- enfin, apprentissage des langues. Citons à ce sujet deux méthodes : Linguaphone et Assimil, pour apprendre : anglais, allemand, espagnol, italien, néerlandais, portugais, et russe.

N.B. : Les chants, récitations, exercices de solfège sont publiés dans les recueils édités par le S.E.U.P.E.N., 13, rue du Four, Paris-6^e.

Les albums de disques sont complétés par un ouvrage bref, le tout permettant d'acquérir rapidement l'accent et le vocabulaire courant et de pouvoir entretenir une conversation simple.

Disques et radio scolaires sont en relation, par « l'Encyclopédie sonore »¹, répertoire de la radio scolaire.

Le magnétophone :

Enfin, le magnétophone a son intérêt, permettant de nombreux exercices d'auto-correction. Une solution consisterait à enregistrer sur bandes, les cours donnés par la radio scolaire, à effectuer des repiquages de tel passage d'un disque ou de telle émission de la télévision, et à se servir ensuite du magnétophone pour étudier :

- l'élocution, la diction ;
- la prononciation des langues ;
- leur vocabulaire, avec possibilité de répétition à volonté.

On est en train de mettre au point « le disque de l'élève », disques en 16 tours, réalisés sous le contrôle de l'Institut Pédagogique National et du C.N.T.E., à des prix modérés.

Les premiers essais ont été réalisés pour l'espagnol et l'anglais.

L'ENSEIGNEMENT PAR CORRESPONDANCE ET A DOMICILE

Le 30 mai 1944, a été créé le Centre National d'Enseignement par Correspondance et, depuis le 4 mai 1959, le Centre National d'Enseignement par Correspondance et les Services d'Enseignement par Correspondance, Radio et Télévision de l'I.P.N. sont réunis dans le cadre de ce dernier établissement et prennent le nom de Centre National d'Enseignement par Correspondance, Radio et Télévision (par abréviation : Centre National de Télé-Enseignement).

Etablissement d'enseignement public, il s'adresse aux enfants malades et infirmes (et aux adultes) qui pour des raisons de santé ou d'éloignement ne peuvent aller à l'école avec les autres.

Les études y sont gratuites et conformes aux programmes officiels. Les livres sont à la charge des élèves et une participation aux frais d'envoi des cours leur est demandée.

Ce centre comprend deux établissements distincts :

- A Vanves, 60, boulevard du Lycée, fonctionne un lycée pour l'enseignement du second degré classique, moderne et technique. — A Paris, 6, rue Molière, une section du 1^{er} degré.

(1) Encyclopédie Sonore, 116 bis, Champs-Élysées, Paris-8^e.

L'enseignement du second degré est assuré depuis la classe de 6^e jusqu'à la seconde partie du baccalauréat, pour les séries A, B, C, M, M' et T. Les langues enseignées sont : l'anglais, l'allemand, l'italien, l'espagnol, l'arabe littéraire et le russe. Il existe des cours de langues accélérés pour les langues vivantes et pour le latin, conçus en particulier pour les élèves venant des cours complémentaires et des collèges techniques.

Il est prévu des classes de préparation aux grandes écoles et à l'examen d'entrée dans les facultés pour les non-bacheliers.

Quels sont les cours pour enfants d'âge scolaire ?

- *cours préparatoire*, classe de 11^e pour les enfants de 6 à 7 ans, ne sachant ni lire, ni écrire, et pouvant être aidés, soit par leurs parents, soit par un répétiteur.
- *cours élémentaire*, pour les élèves sachant lire et écrire : 1^{re} année (classe de 10^e) et 2^e année (classe de 9^e).
- *cours moyen*, 1^{re} année (8^e) ; 2^e année (7^e) préparant l'entrée en classe de 6^e.
- *cours pour la préparation du certificat d'études primaires* pour les élèves âgés de 13 ans au moins et de 15 ans au plus au 31 décembre de l'année de l'inscription : préparation au C.E.P.E., section enfants.

Les élèves de cette classe désirant s'orienter l'année suivante vers des études de cours complémentaires, dans les collèges d'enseignement général, devront suivre en même temps le cours d'anglais ou d'allemand de 6^e.

- *cours complémentaires*, l'enseignement par correspondance va de la 6^e à la 3^e moderne, avec préparation au B.E.P.C. (Brevet d'Etudes du Premier Cycle).

Quels sont les autres cours par correspondance organisés pour les enfants malades dans notre pays :

Depuis 25 ans environ, « *Auxilia* », organisation privée, rend des services considérables. Ses cours fonctionnent dans une centaine d'établissements de cure et pour de nombreux malades isolés. Auxilia comptait environ 3.000 professeurs bénévoles pour 4.000 élèves en 1960 (renseignements fournis par le Bureau Universitaire des Statistiques). Le système d'enseignement consiste en leçons laissant une large initiative au professeur, lui permettant de s'adapter au niveau et à l'état de santé du sujet et de pouvoir doser l'effort demandé.

Les matières d'enseignement sont divisées en 3 groupes :

- Primaire, avec préparation au certificat d'études primaires et au B.E.P.C. ;
- Secondaires, second Cycle jusqu'au baccalauréat ;
- Professionnel.

Pour s'inscrire, il faut posséder un minimum d'instruction de base et être astreint à un temps de repos d'au moins six mois¹.

« *L'école à l'Hôpital* » comprend environ 60 professeurs bénévoles et dispense dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris un enseignement allant du jardin d'enfants à la licence. La scolarité est gratuite².

L'enseignement par correspondance prévoit l'envoi de plans de travail et de devoirs. Ces derniers reviennent corrigés et annotés et, souvent, il s'établit entre professeur et élèves une correspondance amicale, permettant d'encourager et de conseiller ces enfants.

Pourtant, ce mode d'instruction doit être réservé aux jeunes ne pouvant absolument pas fréquenter une classe normale ou une classe spécialisée. En effet, rien ne peut remplacer l'atmosphère d'une classe, le contact quotidien avec les autres. C'est le milieu par excellence où le sujet handicapé pourra se socialiser et apprendre à dominer ses difficultés.

C'est pour lutter contre l'isolement et la carence éducative, qu'ont été organisées avec les maîtres, des répétitions à domicile : depuis la circulaire de janvier 1959 relative à la scolarité des jeunes infirmes moteurs, le Centre National d'Enseignement par Correspondance (section du premier degré), assure 2 heures de répétition gratuites à domicile aux infirmes moteurs inscrits à ses cours.

De même, l'Association des Paralysés de France a organisé sur le plan national un réseau de répétiteurs bénévoles, permettant aux jeunes infirmes de faire des études primaires et même secondaires.

L'A.P.F.³ communique sur demande l'adresse des délégations régionales où tous renseignements peuvent être obtenus.

Il existe en France une école à domicile : « *Votre école chez vous* »⁴, qui s'adresse à tous les enfants de Paris et de sa banlieue, atteints de maladie chronique quelle qu'elle soit.

Elle les prépare à tous les examens scolaires, primaires, secondaires, techniques, ou simplement les aide à acquérir une certaine culture de base.

Tous les deux jours, des cours individuels sont donnés au domicile de l'enfant, le reste du temps le travail est réparti de façon

(1) Pour tous renseignements, s'adresser au siège social : Auxillia B.P. 3, Bourg-la-Reine (Seine).

(2) S'adresser à l'« *Ecole à l'Hôpital* », 121, boulevard de Port-Royal, Paris-13^e.

(3) A.F.P., 27, avenue Mozart, Paris-16^e.

(4) « *Votre Ecole chez vous* », 7, boulevard Davout, Paris-20^e.

précise d'heure en heure en tenant compte des indications médicales et des possibilités du malade. Cette école est payante mais l'association des « Amis de votre école chez vous » peut faire profiter les enfants de bourses totales ou partielles.

* *

Les moyens d'enseignement que nous venons de citer peuvent être utilisés, soit à domicile, soit dans tous les établissements groupant des enfants, mais ils ne sont que des illustrations et des compléments d'enseignement ne pouvant, en aucun cas, remplacer la présence d'un enseignant et la valeur d'une leçon bien construite.

En partant de ce principe, ont été créées des classes adaptées aux besoins d'enfants fragiles, malades ou infirmes.

Il y a, d'une part les classes et écoles de Plein Air et les lycées climatiques où sont groupés les enfants de santé précaire devant suivre de façon régulière un programme scolaire dans les meilleures conditions d'hygiène et sans surmenage.

D'autre part, les classes spécialisées, réservées aux enfants dont l'état de santé est tel qu'il leur interdit l'accès d'une classe ordinaire. Les enfants sont rassemblés par catégories :

- classes pour infirmes moteurs ;
- classes pour épileptiques ;
- classes pour amblyopes, par exemple, et bénéficient « d'un enseignement simplifié, de caractère pratique et utilitaire, en relation constante avec la vie ».

B) CLASSES ET ECOLES DE PLEIN-AIR

Elles sont de plusieurs catégories :

- classes aérées simples, annexées à des écoles communales ordinaires ;
- classes et écoles de plein air, autonomes avec internat ou demi-internat ;
- classes de plein air ou écoles tenues par des instituteurs publics, ayant reçu une formation spéciale, (titulaires du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement dans les écoles de plein air), ouvertes auprès des établissements suivants, publics ou privés :
 - maisons d'enfants à caractère sanitaire ;
 - aériums, préventoriums, sanatoriums ;
 - centres de rééducation physique.

Toutes ces classes sont destinées à recevoir des enfants de santé fragile, convalescents ou atteints de déficiences physiques mineures ou bien compensées, ou des enfants vivant dans un milieu malsain risquant de compromettre ou d'aggraver leur état physique.

Il faut classer parmi eux, tous les inadaptés urbains et ceux qui doivent être mis à l'abri de certaines conditions atmosphériques (vapeurs toxiques ou irritantes, air confiné, humide ou poussiéreux), c'est-à-dire les sujets atteints d'asthme, d'eczéma, de migraines ou d'hépatisme qui supportent souvent mal certains climats.

Les intolérances qui s'en suivent peuvent entraîner des reprises évolutives dans les cas de néphrites, de rhumatisme articulaire aigu ou de tuberculose guérie. De toutes façons, beaucoup d'affections bénignes, en apparence, par les absences qu'elles entraînent, sont cause d'un retard scolaire important.

La circulaire du 26 mai 1953 concernant les classes de plein air, met l'accent sur le fait qu'elles sont de deux sortes :

- Les classes et écoles de plein air annexées à des écoles communales ordinaires ou autonomes,
- Et celles qui sont organisées dans tous les établissements de cure.

Nous envisagerons d'abord le premier cas et donnerons la liste des classes et écoles de plein air existant en France :

CLASSES ANNEXEES AUX ECOLES COMMUNALES NORMALES

(ces listes ne sont pas limitatives)

- | | |
|--|--|
| — Paris : 114, rue de la Roquette ; 54, rue Senon. | — Maisons-Alfort : rue de Vénus ; rue Jean-Jaurès. |
| — Vitry (Seine) : annexe du Colonel-Fabien. | — Boulogne (Seine) : rue du Vieux-Pont-de-Sèvres. |
| — Montreuil (Seine) : rue Lavoisier. | — Pantin (Seine) : rue Condorcet. |
| — Issy-les-Moulineaux (Seine) : rue du Fort. | — Forbach (Moselle). |

ECOLES DE PLEIN-AIR AUTONOMES AVEC DEMI-INTERNAT

- | | |
|--|--|
| — Saint-Quentin (Aisne) : rue de Phalsbourg. | — Périgueux (Dordogne) : boulevard Petit-Changé. |
| — Menton (Alpes-Maritimes). | — Tenet-Mérignac (Gironde). |
| — Ajaccio : Ecole de Plein-Air de la Marine. | — Haut-Cénon (Gironde). |
| — Bastia (Corse). | — Saint-Symphorien - Tours (Indre-et-Loire) : rue de la Loire. |
| — Dijon (Côte-d'Or) : Clos Chauveau. | — Orléans (Loiret) : Parc des Capucins. |

- | | |
|---|--|
| — Nancy : avenue de la Libération. | — Roubaix : annexe Roger-Salengro. |
| — Metz (Moselle) : E.P.A. de l'Ile-du-Saucey. | — Loss-les-Lille : Château de Crépy. |
| — Tourcoing (Nord) : rue de la Blanche-Porte. | — Strasbourg : La Faisanderie. |
| — Nice : E.P.A. du Château et E.P.A. de l'Observatoire. | — Pfastatt - Mulhouse (Haut-Rhin). |
| — Landonvilliers (Moselle). | — Bois de Boulogne (Seine) : villa du Maharadja. |
| — Evreux (Eure) : E.P.A. Saint-Michel. | — Pantin : rue Méhul. |
| — Sainte-Savine (Aube) : E.P.A. de la ville de Troyes. | — Vitry : rue du Moulin-Vert. |
| — Lille : boulevard des Défenseurs de Lille. | — Suresnes : rue de la Procession. |
| | — Nîmes (Gard) : le Mont-Duplour. |
| | — Paris : boulevard Bessière (17 ^e). |

ECOLES DE PLEIN-AIR AUTONOMES AVEC INTERNAT

- | | |
|---|---|
| — Poncin (Ain). | — Landonvilliers (Moselle). |
| — Ouézy (Calvados). | — Coye-la-Forêt (Oise). |
| — Sainte-Croix-Grand-Tonne (Calvados). | — Les Essarts, Grand Courinne (Seine-Maritime). |
| — La Carolue (Côte-d'Or). | — Luzancy (Seine-et-Marne). |
| — Breteuil-sur-Iton (Eure). | — Epone (Seine-et-Oise) : Château de la Falaise. |
| — Balme-les-Grottes (Isère) : Le Serverin. | — Centre scolaire et sanitaire de Saint-Zacharie (Var). |
| — Chamagnieu (Isère). | — Saint-Didier (Vaucluse). |
| — Mimizan (Landes). | — Chaptelat (Haute-Vienne). |
| — Saint-Paul-en-Jarez (Loire). | — Villeblevin (Yonne). |
| — Pornichet (Loire-Atlantique) : Château des Tourelles. | |
| — Reims (Marne) : 124, avenue d'Epernay. | |

Pour avoir des renseignements précis sur le fonctionnement d'une école de plein air, nous avons rendu visite à Madame la Directrice du Centre de Plein Air de Suresnes. Nous avons visité cet établissement qui, pour la France, joue le rôle de l'Ecole de Plein Air « Pilote ».

Le principe des écoles de plein air avec demi-internat est le meilleur car il permet à l'enfant handicapé de retrouver tous les soirs l'atmosphère familiale si précieuse et indispensable à son bon développement affectif.

L'école de plein air est un établissement d'enseignement primaire bénéficiant d'un régime de vie et de scolarité spécial.

« Par leur situation au milieu d'un jardin ou d'un parc, à l'abri du bruit et de la poussière des villes, par leur ensoleillement, leur construction, leur chauffage, leur aération etc..., ces établissements, conçus pour l'amélioration et la consolidation de la santé des enfants, doivent répondre pleinement aux exigences de l'hygiène ».

C'est ainsi qu'à Suresnes, chaque classe est située dans un petit pavillon autonome, dans un endroit choisi du parc. Le matériel est simple mais confortable. Il y a de grandes baies vitrées et des portes-fenêtres largement ouvertes dès que le temps le permet. L'atmosphère est calme et harmonieuse.

L'alimentation est l'objet des plus grands soins : les repas sont équilibrés, copieux sans excès. De plus, à la récréation de 10 heures a lieu une distribution de lait chaud et à 4 heures les enfants se réunissent dans la grande salle du réfectoire pour goûter.

Des régimes sont prévus dans certains cas : les insuffisants hépatiques sont groupés à une table à midi et ont un régime spécial. Le régime sans sel est prévu pour certains petits cardiaques et surtout pour les enfants traités par les médications corticoïdes.

Certaines cures d'amaigrissement ont aussi été couronnées de succès, grâce à la surveillance très étroite de l'enfant au cours du repas.

La sieste après le repas est obligatoire pour tous. Sa durée est d'une heure pour les grands et une heure et demie pour ceux de la Maternelle.

Il en est de même pour la douche, que tous les enfants prennent, soit avant le repas de midi soit avant le goûter.

Comment se fait le recrutement des enfants ? Quelle que soit l'époque de l'année où a lieu la visite médicale, le médecin du Service de Santé scolaire dépiste les enfants pour lesquels un séjour à l'école de Plein Air paraît indiqué. Certains cas peuvent aussi être signalés par le médecin de famille ou l'assistante sociale.

Les dossiers des enfants dépistés sont transmis au Directeur du centre de plein air et l'admission se fait en fonction des places disponibles et avec l'accord du médecin attaché à l'école.

Les enfants de retour d'un établissement de cure, quel qu'il soit, sont admis directement après examen des dossiers.

Les inscriptions s'échelonnent donc tout le long de l'année et la durée du séjour varie de six mois à toute la scolarité primaire. En fin d'année est dressée la liste des enfants jugés aptes à reprendre une vie scolaire normale.

Les principales indications médicales sont :

- Les retards de développement physique : asthénie, anorexie, convalescences, lymphatisme, adénopathies non tuberculeuses.
- La primo-infection sans manifestations cliniques ou avec des signes mineurs ne nécessitant pas un placement en établissement de cure.

- Les enfants sortant de préventorium ou de post-cure guéris et non contagieux.
- Les tuberculeux osseux après guérison.
- Les enfants présentant des déficiences respiratoires, des allergies diverses : asthme, migraines.
- Les cardiaques (à Suresnes étaient inscrits : un enfant atteint de communication inter-auriculaire, un autre atteint de communication inter-ventriculaire).
- Les diabétiques et épileptiques stabilisés.
- Les infirmes (à Suresnes, il y a en ce moment un poliomyélitique et deux infirmes moteurs cérébraux).
- Tous les enfants venant d'un établissement de cure.

L'école de plein-air ne s'occupe que des inadaptés physiques et ne reçoit pas les débiles, ni les caractériels ou instables psychomoteurs (à l'exclusion de certains cas justifiés par une déficience physique que l'école de plein-air est en mesure de traiter).

Le contrôle médical est régulier et fréquent (le médecin attaché au centre de Suresnes examine les enfants d'une classe toutes les semaines et donne toutes les indications utiles concernant l'éducation physique et certaines techniques de rééducation : un spécialiste O.R.L., un oculiste et un dentiste surveillent les enfants une fois par an).

ORGANISATION SCOLAIRE

L'école de Suresnes accueille 300 enfants répartis en 12 classes mixtes : 2 classes maternelles, 10 classes primaires.

L'effectif de chaque classe ne doit pas dépasser 25 élèves, afin de permettre un rendement optimum.

Ces classes ne sont pas homogènes ; elles reçoivent des enfants de même niveau mais d'âges différents, chacun travaillant selon son rythme et ses possibilités. Les instituteurs spécialisés doivent donc faire face à bien des difficultés.

L'instituteur doit connaître chaque cas, se pencher sur chaque enfant en particulier et lui faire faire souvent beaucoup de rattrapage scolaire, avant de l'aider à assimiler le programme normal correspondant à son âge.

Les méthodes à appliquer seront différentes d'un sujet à l'autre et l'instituteur doit être en même temps psychologue et éducateur. Il ne quitte pas les enfants de 9 heures du matin à 6 heures du soir, participant même au ramassage scolaire. Il leur fait la classe, les

mène à la douche, prend ses repas avec eux et surveille leur sieste, ce qui crée une ambiance propre à l'épanouissement de l'enfant en tous domaines.

De même, il surveille leurs loisirs, les menant à une séance de projection, à la bibliothèque ou dans les divers ateliers (peinture, céramique, danse rythmique).

Certains enfants particulièrement handicapés sont en rééducation psycho-motrice (un kinésithérapeute venant donner ses soins à l'école même) ou ont des séances de rééducation de la parole, de la lecture, de l'écriture ou de l'orthographe selon les nécessités.

Dans un tel établissement, l'enfant est roi, il se sent aimé, l'objet d'une protection constante. Il s'établit entre lui et ses professeurs, lui et ses camarades, des échanges permanents et il apprend ainsi non seulement à recevoir mais à donner.

Pourtant, dès que son état de santé le permettra, il faudra le rendre à la vie normale. Son retour dans une école maussade, aux classes surchargées, ou bien ses débuts au lycée ne se feront pas toujours sans heurts et sans difficultés d'adaptation...

Ce qui a été fait pour l'enseignement primaire devrait être continué dans le secondaire. Or, le lycée climatique, comme nous allons le voir, n'est en rien le prolongement de l'école de plein-air.

C) LYCEES CLIMATIQUES DE FRANCE

Ce sont avant tout des établissements d'enseignement public du second degré. Ils ne reçoivent pas de malades proprement dits et ne peuvent être considérés comme des préventoriums.

En sont exempts :

- les élèves atteints de lésions tuberculeuses, même non contagieuses et curables ;
- ceux dont la radiographie présente des images thoraciques anormales ;
- ceux qui ont des atteintes pulmonaires ou pleurales, dont la guérison est trop récente.

Les élèves doivent être capables de suivre une scolarité régulière et seront choisis de préférence parmi les enfants chétifs ou malingres demandant une surveillance médicale suivie. C'est le cas des :

- bronchorrhéiques ;
- asthmatiques ;

- cardiaques, à condition que leur cardiopathie soit bien compensée et en tenant compte du climat et de l'altitude où se trouve l'établissement ;
- petits diabétiques à qui il suffira de donner à l'infirmerie leur dose quotidienne d'insuline et pour lesquels le régime alimentaire n'est pas strict.

Seront admis dans ces lycées :

- les convalescents médicaux et chirurgicaux ;
- les enfants atteints d'hépatisme, d'eczéma, de certains états allergiques ;
- les adénoïdiens et rhino-pharyngés chroniques.

Comment la vie est-elle organisée dans ces établissements ?

Il n'y a aucune différence entre l'organisation d'un lycée de plein-air et celle d'un lycée ordinaire : le mode de vie en est le même.

Le lycée admet les élèves de la région en qualité d'externes ou de demi-pensionnaires dans les mêmes conditions que les lycées ordinaires et dans la mesure des places disponibles.

L'admission des internes est décidée par une commission après examen d'un dossier complet, administratif transmis par la famille et médical transmis par le Service de Santé Scolaire et Universitaire.

Ces établissements s'adressent à des enfants capables de poursuivre une scolarité régulière et fournissant un effort intellectuel régulier. Les horaires de cours sont, eux aussi, identiques à ceux des lycées ordinaires. Les conditions de vie à l'internat sont les mêmes. Il n'y a pas de surveillance médicale particulière.

De même, il n'y a pas de repos prévu, ni de loisirs supplémentaires, ni de régime alimentaire spécial.

Il y a 5 lycées climatiques principaux dans notre pays :

- 1) Le Lycée d'Arcachon, en Gironde (Académie de Bordeaux).
- 2) Le Lycée de Briançon, dans les Hautes-Alpes (Académie de Grenoble).
- 3) Le Lycée d'Embrun, dans les Hautes-Alpes (Académie de Grenoble).
- 4) Le Lycée d'Argelès-Gazost, dans les Hautes-Pyrénées (Académie de Toulouse).
- 5) Le Lycée de Gérardmer, dans les Vosges (Académie de Nancy).

Il faut ajouter à cette liste 3 lycées maritimes :

- 1) Le Lycée de La Baule, en Loire-Atlantique (mixte).

- 2) Le Lycée de Saint-Servan-sur-Mer, en Ille-et-Vilaine (réservé aux filles).
- 3) Le Lycée de Berck (mixte).

• LE LYCÉE D'ARCACHON, en Gironde, est un établissement mixte, avec internat pour 416 garçons et 221 filles, mais aussi demi-pension et externat.

L'enseignement secondaire y est organisé pour toutes les classes de la 6^e aux classes terminales, section A, B, C, M, M'.

Les langues enseignées sont : l'anglais, l'allemand et l'espagnol.

Le climat tonique de cette région (c'est un climat marin de type atlantique et l'air est particulièrement riche en iode et en ozone) semble convenir spécialement aux enfants et adolescents surmenés, convalescents ou atteints d'eczéma, d'hépatisme ou de déficiences respiratoires.

• LE LYCÉE DE BRIANÇON reçoit 260 garçons et 246 filles. Le régime est celui de l'internat, demi-pension ou externat. Toutes les classes existent depuis la 6^e jusqu'aux classes terminales pour le cycle secondaire avec sections A, B, C, A', M, M'.

Les langues enseignées sont : l'anglais, l'allemand, l'espagnol et l'italien.

En plus, il comprend des classes primaires à partir du cours élémentaire première année (classe de 10^e) :

- un collège technique ;
- un centre d'apprentissage.

• LE LYCÉE D'EMBRUN est une annexe du Lycée de Briançon. Il a été prévu pour 159 garçons et 166 filles.

En plus d'un *cycle secondaire complet*, section A, A', B, C, M, M' (langues vivantes enseignées : anglais, allemand, espagnol, italien), existent des *classes primaires* à partir de la 11^e (c'est-à-dire du cours préparatoire).

Il y a internat, demi-pension et externat ; depuis l'année 1960, l'internat de Briançon est réservé aux garçons, celui d'Embrun aux filles.

Ces deux lycées d'altitude sont situés dans un pays bénéficiant d'un climat sec, ensoleillé. Le séjour à Embrun ou à Briançon est donc recommandé dans les cas :

- d'asthme, de dilatation des bronches ;
- chez les convalescents de bronchites et les sujets atteints d'anémie.

- LE LYCÉE D'ARCELÈS-GAZOST (Hautes-Pyrénées) est à 460 m d'altitude, dans un cirque protégé par une ceinture de collines. Il est à l'abri des vents, des brouillards et grandes pluies, et jouit d'une température douce, moyenne, sans écarts brusques et d'un climat sec et ensoleillé.

C'est un établissement mixte, annexe du lycée de jeunes filles de Tarbes.

Structure pédagogique et régime des études :

Les classes vont de la 6^e aux classes terminales (philosophie, sciences expérimentales et mathématiques élémentaires) et comprennent : un premier cycle, classique A, B et moderne ; un second cycle avec sections A, B, C, M, M'.

Langues vivantes enseignées : anglais et espagnol à partir de la 6^e, allemand première et deuxième langue à partir de la 4^e. Horaires et programmes restent les mêmes que dans tous les établissements du second degré.

Le régime est l'internat pouvant recevoir 282 garçons et 138 filles.

Le climat doux et sec convient aux enfants de santé délicate ayant une musculature ou une ossature frêle, aux enfants souffrant d'insuffisances respiratoires : capacité respiratoire médiocre, rhinopharyngite, asthme, bronches dilatées ou fragiles, aux enfants atteints de cardiopathies moyennes bien compensées (climat de demi-altitude).

De même, l'action sédative de ce type de climat conviendra aux nerveux, dyspeptiques et cœlitiques.

- LE LYCÉE DE GÉRARDMER, dans les Vosges (677 m d'altitude), est un établissement mixte avec internat, demi-pension et externat assurant le cycle secondaire complet de la 6^e aux classes terminales, sections A, B, C, M et M'.

Langues vivantes enseignées : anglais, allemand.

Le nombre d'enfants inscrits est de 716 pour 23 classes et les professeurs n'ont pas de certificat d'études spéciales, mais simplement le C.A.P.E.S.

Un séjour à Gérardmer est recommandé aux enfants et adolescents surmenés, nerveux ou convalescents.

Enfin, sur les trois lycées maritimes précités, nous n'avons pu avoir de renseignements précis, les questionnaires envoyés étant restés sans réponse.

Ce sont des lycées ordinaires, situés dans des régions au climat vif et tonique dont l'air est riche en iode, s'adressant donc à des sujets lymphatiques, adénoïdiques, convalescents.

D) CLASSES SPECIALISEES.

Elles sont peu nombreuses en France et doivent être réservées aux enfants auxquels leur état ou leur situation de famille, interdisent l'accès d'une classe ordinaire, soit parce que ce sont de grands infirmes moteurs ou sensoriels, soit parce que la vie dans une classe surchargée, aux locaux exigus, serait préjudiciable à leur santé : cardiaques, hémophiles, épileptiques par exemple.

Ces classes reçoivent donc des enfants qu'on ne peut admettre dans une classe normale.

L'effectif est de 12 à 15 enfants. Les classes sont installées dans des écoles primaires ordinaires et les instituteurs ont reçu une formation spéciale.

Ce sont les municipalités qui doivent se charger du ramassage scolaire. Souvent, il existe une cantine, permettant le régime de la demi-pension. Ces classes sont fréquemment sous surveillance médicale.

Il existe aussi des établissements où les enfants malades se retrouvent entre eux, sans contacts permanents avec des enfants normaux.

Enfin, certaines classes sont rattachées à des maisons de soins, lorsque la surveillance médicale doit être constante.

Pour répondre à ces besoins, l'Education Nationale dispose de 116 classes spécialisées pour infirmes moteurs et de 27 classes pour les allongés de Berck. Donc, au total : 143 classes. On peut ajouter 115 classes environ pour les déficients sensoriels et quelques classes pour enfants épileptiques et cardiaques (l'effort qui a été fait à l'étranger mérite d'être souligné : en 1951, à New York, existaient 226 classes pour enfants cardiaques et enfants de « vitalité abaissée »). Citons le cas des infirmes moteurs : ils étaient environ 23.000 en 1960. 11.000 étaient répartis dans une classe ordinaire et 3.000 dans une classe spécialisée. Force nous est donc de conclure qu'il y a en France un grand nombre d'enfants non scolarisés, en raison de leur état de santé.

Il faut donc multiplier les classes spécialisées dans les écoles communales, avec ramassage scolaire pour toutes les catégories d'enfants déficients physiques et créer des établissements autonomes spécialisés.

EXEMPLE : une école nationale de perfectionnement vient de s'édifier près de l'Hôpital de Garches, avec une dizaine de classes et un internat pour 150 infirmes moteurs, poliomyélitiques pour la plupart.

Dans les régions rurales,

« force sera de grouper ces enfants, selon la nature de leur maladie, dans une localité importante ».

Les projets sont donc de créer des classes spécialisées dans les écoles de ces localités, avec internats et foyers pour recevoir les enfants, d'où ils se rendraient en classe chaque jour.

Les méthodes d'enseignement utilisées doivent être souples et nuancées, s'adapter aux divers handicaps en cause, aux possibilités de chaque enfant, aux différents rythmes de travail. Les moyens et méthodes employés répondent tous à une notion indispensable :

« Rendre à l'enfant le goût de vivre, lui permettre d'exprimer ce besoin de vivre dans l'application soutenue de l'effort scolaire, l'arracher à la solitude de sa misère pour l'insérer à nouveau dans le groupe, le préparer ainsi par une activité fructueuse et saine à un nécessaire reclassement dans la société où il sera appelé à vivre demain. »

E) L'ECOLE A L'HOPITAL

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que le nombre des hospitalisations dans les services d'enfants est en augmentation. Ceci s'explique sur le plan scientifique par la multiplication des moyens d'investigation et de soins qui rendent plus commode un traitement à l'hôpital et, sur le plan social, par les conditions de vie souvent peu favorables à la surveillance d'un enfant malade (logements trop exigus ou travail de la mère de famille à l'extérieur).

Que l'enfant présente une simple rhino-pharyngite à répétition ou une maladie grave devant guérir avec ou sans séquelles, il sera éloigné un temps plus ou moins long de son univers familial, à savoir le foyer et l'école.

Outre le choc causé par cette séparation, l'enfant se retrouve dans un monde à part, rigide et austère, dans des locaux neutres et sans harmonie, livré à un personnel hiérarchisé (tout au moins dans les grandes villes) « où s'affrontent deux clans opposés : " les soignants et les soignés " » [25].

L'enfant réagit, comme l'ont montré les Docteurs LELONG et LEBOVICI, par des sentiments d'abandon et aussi de culpabilité, se traduisant par toute la gamme des manifestations de l'anxiété, et l'on se doit de l'aider à dominer cette situation. Il faut aussi tenir compte d'un certain nombre de troubles qui ne sont que le prolongement des

signes cliniques décrits par R. SPITZ, sous le terme d'hospitalisme ; il faut savoir suspecter un déséquilibre affectif par « institutionnalisme » (R. DUBOIS et H. LESCHANOWSKY) devant telle convalescence traînante par exemple ou certains retards de développement réagissant mal aux médications classiques.

La réorganisation matérielle des services d'enfants est donc d'une extrême importance et, parallèlement aux soins médicaux, il faut apporter aux petits malades, éducation et instruction. La présence de l'instituteur à l'hôpital est sécurisante, donnant possibilité de recréer en partie l'ambiance de vie familière et d'adopter un comportement plus normal par atténuation de l'anxiété et de ses conséquences : agressivité, attitudes d'échec, repliement sur soi, etc.

L'enfant aura ainsi les moyens, sinon de toujours progresser sur le plan intellectuel, du moins de se maintenir à un certain niveau, de garder contact avec le monde réel, ce qui simplifiera par la suite sa réadaptation.

Scolarité, éducation sont des nécessités pour son avenir, en même temps qu'elles représentent, selon le Docteur BELEY [25], un facteur de dédramatisation vis-à-vis des parents et du malade lui-même. L'hospitalisation, au lieu de représenter une perte de temps, peut et doit être profitable à l'enfant, l'obligeant à prendre de bonnes habitudes d'hygiène aussi bien corporelle que mentale et lui permettant d'assumer certaines expériences. Elle doit représenter quelque chose d'enrichissant, de positif et non pas un facteur de déséquilibre.

Pour le moment, l'Administration des Hôpitaux se heurte à des difficultés telles, sur le plan des locaux hospitaliers, du recrutement du personnel, de l'organisation des services, que le problème scolaire est la plupart du temps laissé de côté.

Si les services de neuro-psychiatrie infantile ont eu la priorité (un véritable centre scolaire fonctionne à la Salpêtrière, à Paris), ailleurs, par contre, un énorme effort reste à faire.

Comme nous allons le voir, la liste des hôpitaux de France dotés d'une classe de plein-air est limitée et, sauf quelques exceptions, l'enseignement reste totalement insuffisant et irrégulier par manque de locaux, de matériel scolaire, d'instituteurs. Un grand progrès est déjà réalisé lorsque l'on arrive à intéresser le directeur d'un hôpital où il y a un service d'enfants à ce problème et lorsque la création, sinon d'une école, au moins d'une classe et la présence d'un instituteur attaché à l'établissement, devient pour ce directeur une question indispensable à régler au même titre que les autres.

A Alençon, par exemple, on ne peut parler de scolarité à l'hôpital (bien que l'établissement soit mentionné dans l'annuaire de l'A.N.C.E.).

La salle de classe est basse, sale, mal éclairée, le matériel scolaire délabré et insuffisant. Il est impossible d'organiser des ateliers de travaux manuels ni de faire faire de la gymnastique dans la cour trop étroite.

Les enfants vont, viennent et sont mêlés, quel que soit leur âge et leur niveau. La classe n'a donc aucune homogénéité, d'autant plus que plusieurs institutrices se succèdent au cours d'une année scolaire. Remarquons, bien que ceci sorte du cadre de cet exposé, qu'à Alençon, c'est le mode d'instruction réservé aux enfants de l'Assistance Publique séjournant pour une raison ou une autre dans ce « Foyer des Pupilles de l'Etat ».

*Hôpitaux français
dans lesquels un enseignement est prévu sur place
pour les enfants hospitalisés :*

- Hôpital de la Conception, Marseille (Bouches-du-Rhône).
- Hôtel-Dieu, Marseille.
- Hôpital de Lisieux.
- Classes de Plein-Air annexées au Centre Hospitalier à Aurillac (Cantal).
- Classe annexée à l'Hôpital de Périgueux (Dordogne).
- Hôpital de Sarlat.
- Classes annexées au Centre Hospitalier Purpan, Toulouse.
- Hôpital de Pontchaillou, Rennes (Ille-et-Vilaine).
- Hôpital Bellevue, Saint-Etienne (Loire).
- Centre Hospitalier Régional, Nantes.
- Classes annexées à l'Hôpital La Tronche, Grenoble (Isère).
- Centre de Rééducation des Paralysés annexé à l'Hôpital de Saint-Hilaire-du-Harcouet (Manche).
- Hôpital Civil, Reims.
- Classes annexées au Centre Hospitalier pour Bronchiteux, Plumelec (Morbihan).
- Foyer des Pupilles de l'Etat, Hôpital Chubert, Vannes.
- Foyer des Pupilles de l'Etat, Hôpital d'Alençon (Orne).
- Classe annexée à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
- Hôpital Orthopédique Stéphanie, Strasbourg.
- Hôpital Public Sainte-Eugénie, Saint-Genis-Laval (Rhône).
- Hôpital Public Sainte-Foix-les-Lyon (Rhône).
- Hôpital du Mans (Sarthe).
- Hôpital de Saint-Calais (Foyer des Pupilles de l'Etat).
- Hospice Saint-Vincent-de-Paul, Paris-14^e (Seine).
- Hôpital d'Enfants, Forges-les-Bains (Seine-et-Oise).
- Hôpital d'Enfants, La Roche-Guyon (Seine-et-Oise).
- Hôpital Départemental de Perray-Vaucluse, à Sainte-Geneviève-des-Bois.
- Classes de Perfectionnement annexées à l'Hôpital de Montauban (Tarn-et-Garonne).
- Hôpital Héliο-Marin Léon-Bérard, Hyères (Var).
- Hôpital des Hospices Civils de Lyon René Sabron, Giens - Hyères.
- Hôpital Général, 13, avenue Boudin, Limoges.

F) L'ENSEIGNEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES

Il doit faire suite à celui qui est dispensé dans les hôpitaux, doit bénéficier d'horaires adaptés, doit être réparti de la même manière douze mois sur douze, demandant que des dispositions spéciales soient prises à cet effet.

L'école, de nos jours, est présente dans un grand nombre d'établissements pour diminués physiques : le maximum a été réalisé pour les infirmes moteurs et sensoriels, et pour les tuberculeux.

Nous ne reviendrons pas sur ces cas, la liste des établissements dans lesquels un enseignement primaire est organisé ayant paru :

— Dans la revue *Réadaptation*, numéro 42, du mois de juillet 1957.

— Ainsi que dans un numéro spécial des *Cahiers de l'Enfance Inadaptée*, datant du premier trimestre 1963, réalisée par l'Association Nationale des Communautés d'Enfants dont le siège se trouve 145, boulevard de Magenta, Paris.

Dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, une étude complète a été réalisée par le Docteur ROBERT dans sa thèse : « Le handicap de l'enfant tuberculeux pulmonaire »¹.

A titre d'exemple, nous parlerons des maisons d'enfants à caractère sanitaire, puis donnerons quelques renseignements concernant l'enseignement secondaire en faveur des diminués physiques.

1) LES MAISONS D'ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE

Elles reçoivent, pour une durée limitée, des enfants et adolescents de 3 à 17 ans, appartenant à l'une des catégories suivantes :

- Sujets chétifs, susceptibles de bénéficier d'un séjour dans de bonnes conditions d'hygiène, d'alimentation et de climat.
- Sujets dont l'état général a été affecté par une maladie ou une intervention chirurgicale ne nécessitant pas une convalescence prolongée.
- Sujets présentant un fléchissement de l'état général, non en rapport avec une infection tuberculeuse.

(1) En vente au B.U.S., 29, rue d'Ulm, Paris-5°.

- Sujets atteints d'affections chroniques à une période de leur évolution ne nécessitant pas un traitement dans un établissement hospitalier, mais justifiant une hygiène et une surveillance particulière, notamment les sujets atteints d'une des affections suivantes : diabète, néphrite, rhumatisme, cardiopathie, asthme, dilatations bronchiques, affections neurologiques.
- Enfin, elles reçoivent les sujets dont l'état de santé rend nécessaire une cure thermale.

En sont exempts :

- Les enfants atteints d'une affection contagieuse, en particulier d'une tuberculose en évolution.
- Tout sujet ayant présenté une atteinte de tuberculose ne peut être admis que s'il est guéri depuis un an au minimum.
- Les sujets présentant un virage de cuti-réaction (en l'absence de B.C.G.) ne peuvent entrer dans une telle maison que six mois après le virage et si l'examen ne montre aucun signe d'évolution.

Certaines de ces maisons d'enfants à caractère sanitaire sont spécialisées. Ce sont :

- Les maisons d'enfants pour cure thermale.
- Les maisons d'enfants pour sujets atteints d'affections non tuberculeuses des voies respiratoires (asthme, bronchite chronique, dilatations des bronches, diverses insuffisances respiratoires).
- Maisons d'enfants pour convalescents de rhumatisme articulaire aigu, de cardiopathie ou de néphrite aiguë.
- Maisons d'enfants pour diabétiques et pour épileptiques.

A certains de ces établissements sont annexées des classes publiques de plein-air, ce sont :

- Saint-Vallier-de-Thiery (Alpes-Maritimes).
- Colonie Sanitaire des Houillères, Cannes-La Bocca (Alpes-Maritimes).
- Serre-Arget (Ariège).
- Centre d'Hygiène Infantile de Plein-Air, Le Mirebeau (Charente-Maritime).
- Maison d'Enfants, Luri (Corse).
- Centre de Plein-Air, Labergement-les-Seurre (Côte-d'Or).
- Centre d'Hygiène Infantile, Morteau (Doubs).
- Maisons d'Enfants de Grosbois, Verneuil (Eure).
- Colonie Sanitaire La Jasse-Chamborigaud (Gard).
- Maison des Pupilles de la Nation, Aspet (Haute-Garonne).
- Œuvre de Protection de l'Enfance, La Tronche (Isère).
- Clairvaux-les-Lacs (Jura).
- « Les Heures Claires », Cap-Breton (Landes).

- « Les Bruyères », Lespéron (Landes).
- Pouilly-les-Nonains (Loire).
- Munon, par Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
- « Les Boëttes », Arthes (Nord).
- « La Clairière », Aumont, par Senlis (Oise).
- Etablissement Hélio-Marin de la Ville de Paris, Hendaye (Basses-Pyrénées).
- « Le Havre Catalan », Font-Romeu (Pyrénées-Orientales).
- « Le Chardonnet », Vaugneray (Rhône).
- « L'Amitié », Choye (Haute-Saône).
- Memberey, par Vaite (Haute-Saône).
- « Villa de Gesvres », Danmartin-en-Goële (Seine-et-Oise).
- Hôpital d'Enfants de La Roche-Guyon (Seine-et-Oise).
- « Le Châtelet », La Guorgyette, Sanary (Var).
- Maison d'Enfants de Flacy, Sainpuits (Yonne).
- Maison d'Enfants, Domaine de Castillon, Tarnos (Landes) : pour garçons et filles de 4 à 16 ans (enseignement primaire et secondaire pour les classes de 6^e, 5^e, 4^e).
- Le Hameau Bellevue, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) : pour garçons et filles de 3 à 17 ans.
- Maison d'Enfants Les Myrtes, Les Issambres, Val d'Esquières (Var) : pour garçons et filles justiciables d'une cure hélio-marine.
- Maison d'Enfants Le Roseau Gaillard, Saint-Jean-de-Monts (Vendée) : pour enfants de 6 à 14 ans, chétifs, convalescents.
- Maison d'Enfants Castel-Bevons, Bevons, par Sisteron (Basses-Alpes) : pour garçons et filles de 6 à 13 ans, asthmatiques, convalescents de R.A.A.
- Les Petits de la Croix-Rouge, Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées).
- Maison d'Enfants de la Caisse des Ecoles, Mairie de Cannes, Saint-Vallier-de-Thiery (Alpes-Maritimes) : pour garçons et filles de 6 à 14 ans, nerveux, asthmatiques.
- Maison d'Enfants Chantemerle, Seyne-les-Alpes (Basses-Alpes).
- Maison d'Enfants Les Alpes Fleuries, Les Déserts (Savoie).
- Maison d'Enfants Georges-Lafeu, Col-des-Marrous, par Serres-sur-Arget : pour garçons et filles de 5 à 14 ans, atteints d'affections des voies respiratoires non tuberculeuses.
- Maisons d'Enfants pour Epileptiques Le Plovier, Saint-Marcel-les-Valence (Drôme).
- Le Hameau Bellevue, Salies-de-Béarn : pour garçons et filles de 3 à 17 ans, lymphatiques, nerveux, rachitiques.

2) L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE EN FAVEUR DES DIMINUES PHYSIQUES

C'est l'Association des Paralysés de France qui a créé, dans notre pays, le premier centre d'enseignement secondaire pour « allongés », le 2 septembre 1950, à la Colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry, en Seine-et-Marne.

Il n'y avait que 7 élèves au début, faute de places, et l'enseignement donné allait de la classe de 6^e à la 1^{re}, avec préparation du Brevet d'Etudes du premier cycle et de la première partie du Baccalauréat.

Depuis cette date, les progrès furent très lents. L'enseignement secondaire est encore presque inexistant dans les centres de cure.

Beaucoup d'enfants malades ou infirmes sont encore privés à l'heure actuelle d'un enseignement primaire de base indispensable et jusqu'à présent tous les efforts ou presque ont porté sur la création de classes pour l'enseignement primaire, malgré l'insuffisance des moyens financiers dont on dispose.

Ceci explique le petit nombre d'enfants possédant un niveau scolaire suffisant pour bénéficier d'un enseignement secondaire.

Pourtant, un nombre important d'enfants immobilisés, passagèrement ou définitivement, compensent leur infériorité physique par

« une sorte d'exaltation, véritable emprise de l'esprit sur le corps les rendant mieux aptes à la gymnastique intellectuelle ».

Pour eux, la possibilité de poursuivre des études, d'obtenir si possible le titre de bachelier, semble de toute première importance, les carrières intellectuelles étant particulièrement indiquées pour leur santé et pour assurer leur avenir.

Les efforts faits en ce sens sont bien insuffisants. L'enseignement par correspondance, très utilisé, demande de la part de l'enfant une volonté et un effort constant dont bien peu sont capables et la seule solution valable consiste en la création de véritables lycées dans les centres de cure.

Encore cette forme d'enseignement doit-elle répondre à certaines exigences et ne pas consister en une série de cours monotones et en des activités essentiellement livresques. Il s'agit d'aider des jeunes à s'épanouir dans un cadre agréable et accueillant, de les faire travailler dans une ambiance familiale.

Pour obtenir le meilleur rendement scolaire possible, il convient de créer un mode de vie adapté à leurs besoins.

Les problèmes posés à ce sujet ont été étudiés et bien des solutions proposées [33, 42]. Les difficultés rencontrées sont multiples du fait que,

« pour les déficients physiques, il ne devrait y avoir aucun âge légal de scolarité et qu'on ne peut les faire rentrer dans des cadres préétablis de programmes et d'horaires de travail ».

On a donc beaucoup parlé de ce qu'il faudrait faire et c'est aux différents services de l'Education Nationale de prendre les dispositions nécessaires pour en permettre la réalisation.

Pour le moment, seuls quelques établissements ont prévu, à côté des soins médicaux, l'organisation d'un enseignement secondaire.

C'est ainsi qu'il existe en France un petit nombre de « Sanatoria-Lycées » réservés à de jeunes lycéens et collégiens tuberculeux pulmonaires. Citons :

- Le Sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne), pouvant recevoir 234 garçons à partir de 15 ans et de la classe de 3^e.
- Le Centre de Cure d'Aire-sur-Adour (dans les Landes) est en même temps un établissement d'enseignement technique pour garçons. Il comprend des sections commerciales et industrielles, et prépare les élèves au B.E.P.C. et à l'examen probatoire, sections moderne et technique.
- Le Centre de Cure de Varennes-Jarcy (Seine-et-Oise). Il comprend 36 lits pour lycéennes de 13 à 20 ans, non contagieuses, et l'enseignement commence à partir de la 4^e. En 1960, aucun établissement de post-cure n'assurait la scolarité des filles de 13, 14, 15 ans.
- Le Sanatorium des Lycéennes d'Avon (Seine-et-Marne).
- Enfin, le Centre de Post-Cure de Vaux-le-Pénil, 41 lits, reçoit les filles de 15 à 19 ans.

Dans le domaine de la tuberculose osseuse et du traitement des scoliotiques, citons le Sanatorium de Kerpape, dans le Morbihan.

Le Sanatorium de Kerpape-en-Ploermeur est spécialisé dans le traitement des tuberculoses extra-pulmonaires et des affections osseuses non tuberculeuses. Il possède 281 lits et reçoit garçons et filles de 2 ans à l'âge adulte.

En 1957, des projets étaient à l'étude pour la création à Kerpape d'un « Lycée Orthopédique », prévu pour 100 adolescents, garçons et filles (les demandes de renseignements envoyées à Kerpape sont restées sans réponse).

Cas des adolescents infirmes : ils bénéficient des cours du Centre National d'Enseignement par correspondance. De plus, quelques professeurs de l'enseignement secondaire sont détachés par le Ministère de l'Education Nationale dans un petit nombre d'établissements ou viennent des lycées voisins. C'est le cas pour :

- Le Centre Hospitalier Régional de Purpan (Haute-Garonne) recevant dans son service de chirurgie et de rééducation fonctionnelle des adolescents garçons et filles.
- Le Centre de Traitement des Poliomyélitiques, Hospice de Pont-Chaillou, Rennes (Ille-et-Vilaine), mixte.
- Les Etablissements de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

- La Fondation E. Poidatz, à Saint-Fargeau (Seine-et-Marne).
- Le Centre Scolaire et de Post-Cure de Saint-Fargeau, pour garçons et filles de 11 à 19 ans paralysés. Classes allant de la 6^e à la 1^{re}, avec préparation du B.E.P.C. (brevet d'études du premier cycle) et du Baccalauréat.
- Hôpital Civil de Fontainebleau, centre de récupération motrice pour garçons à partir de 14 ans.
- L'Hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (Seine-et-Oise), mixte.

G) CLASSES DE RATTRAPAGE

Il faut distinguer la classe de rattrapage, de la classe de perfectionnement et de la classe de réadaptation.

La classe de *perfectionnement* s'adresse en principe à des enfants déficients intellectuels, dont le Q.I. varie entre 0,50 et 0,75.

La classe de *réadaptation* est spécialement conçue pour les enfants inadaptés caractériels, présentant par ailleurs un Q.I. normal.

Enfin, les classes de *rattrapage* proprement dites, sont destinées à des sujets de Q.I. normal mais retardés scolaires n'arrivant donc pas à suivre le rythme normal des études. Il s'agit de mettre tout en œuvre pour empêcher ce retardé scolaire de devenir un inadapté. Pour cela, il faut disposer d'un personnel enseignant qualifié, capable d'utiliser des méthodes pédagogiques particulières et de tenir compte des problèmes psychologiques particuliers à chaque cas.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements très précis au sujet de ces classes. Le rattrapage scolaire semble souvent laissé à l'initiative des parents ou de professeurs donnant des cours particuliers. Ceci est surtout valable pour les enfants restant chez eux. Pour les autres, c'est au niveau des classes de plein-air et des classes spécialisées autonomes ou annexées aux établissements de soins que cette activité se situe. Plutôt que de parler de classes de rattrapage, il vaut mieux employer le terme de « cours de rattrapage », qu'il s'agisse de cours individuels ou de cours groupant quelques élèves.

Etant donné la pauvreté des moyens pédagogiques mis à la disposition des enfants malades et les retards qu'ils sont amenés à prendre dans l'acquisition des connaissances de base nécessaires à la poursuite de leurs études, cette notion de rattrapage scolaire est primordiale. C'est la seule façon, au bout d'un temps plus ou moins long, d'aborder un programme scolaire précis correspondant à telle classe et tel niveau.

Il ne faut pas perdre de vue, comme l'a montré A. BELEY en interrogeant des instituteurs, que souvent, malgré les efforts déployés, on n'arrive pas à faire rattraper ces enfants. Ils sont restés des mois sans scolarité, se sont désaccoutumés et ont adopté une attitude, sinon d'opposition, du moins d'indifférence et de désintérêt. Dans certains cas, seule une psychothérapie les aiderait à démarrer.

Souvent aussi, mal adaptés à des degrés divers, présentant des troubles caractériels plus ou moins accentués, ils pourraient bénéficier de l'enseignement dispensé dans les classes de réadaptation. Mais d'une part, ces classes sont en nombre totalement insuffisant, d'autre part, seuls sont acceptés les enfants inadaptés dont le retard scolaire ne dépasse pas deux ans.

Deux de ces classes, pour l'enseignement primaire, fonctionnent dans la région parisienne :

- La classe de Monsieur OURMAN, 6, rue Littré, Paris-6^e, dépendant de la 11^e circonscription d'inspection primaire, 8, rue de Vaugirard, Paris-6^e.
- La classe de Mademoiselle DEUNFF, école de l'Ouest (réservée à des filles), Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise), dépendant de la circonscription de Pontoise, 13, rue Carnot, à Pontoise.

Dans le secondaire, citons les deux classes de 4^e du Lycée Claude-Bernard.

Les classes de 3^e et 2^e du Lycée Voltaire.

A notre connaissance, il n'existe pas de classes de réadaptation annexées aux établissements ordinaires pour la 6^e, la 5^e, la 1^{re}, sauf à Strasbourg où fonctionnent une classe de 5^e et une 4^e.

H) FORMATION DU PERSONNEL

« LE CENTRE NATIONAL D'ÉDUCATION DE PLEIN-AIR » a pour mission d'assurer la formation professionnelle des instituteurs et institutrices publics, chargés de l'enseignement dans :

- Les écoles de plein-air autonomes.
- Les classes de plein-air.
- Les classes spéciales pour enfants et adolescents atteints d'infirmité de la motricité annexées aux écoles publiques ordinaires.
- Les écoles ou classes spéciales annexées aux maisons d'enfants à caractère social ou sanitaire :
 - Sanatoriums ;

- Préventoriums ;
- Aériums ;
- Hôpitaux ;
- Centres de réadaptation fonctionnelle ;
- Centres de rééducation et d'éducation motrice pour enfants et adolescents atteints d'infirmité de la motricité.

On ne peut confier ces enfants à des professeurs qui ne soient en même temps aptes à les comprendre et à les soutenir dans la lutte engagée.

Le stage de formation dure un an et s'adresse à des enseignants ayant déjà travaillé cinq ans dans l'enseignement public. Il comprend des cours de psychologie de l'enfant, ainsi que des notions précises de pédagogie spéciale et d'hygiène.

Le rôle du maître est d'une extrême importance. Il doit posséder à la fois un solide équilibre et un dévouement à toute épreuve.

Le maître doit enseigner, certes, mais il doit représenter aussi le modèle à imiter, l'autorité sur laquelle on peut s'appuyer, le soutien indispensable pour maintenir un équilibre précaire, l'être disponible à qui l'on pourra faire confiance, avec qui il sera possible « d'échanger ». Que de responsabilités !

Pédagogue, psychologue, en un mot éducateur, lourde est sa tâche s'il veut mettre en application cette notion :

« Le principe de l'éducation est la transmission des valeurs. »

La connaissance de ces valeurs, leur utilisation, leur développement ne sont-ils pas les meilleurs moyens d'adaptation qui puissent exister ?

CHAPITRE III

ENQUETE FAITE DANS LE DEPARTEMENT DE L'ORNE

En fait, qu'existe-t-il ?

Voyons ce qui a été réalisé dans le département de l'Orne, où nous avons séjourné au cours de l'année 1962-1963. Voici les renseignements obtenus.

Sur 7 établissements hospitaliers, ceux de :

- Alençon ;
- Sée ;
- Mortagne ;
- Flers ;
- Argentan ;
- L'Aigle ;
- Donfron ;

seulement 3 ont un service de pédiatrie.

- L'Hôpital d'Alençon possède un service de pédiatrie de 51 lits.
- L'Hôpital de L'Aigle, de 20 lits.
- L'Hôpital d'Argentan, de 10 lits.

Etant donné le nombre limité de places dans les deux derniers établissements, le problème scolaire n'a pas été envisagé.

Voyons ce qu'il en est de l'Hôpital d'Alençon : le service de pédiatrie comprend 51 lits, dont 12 environ sont réservés à des enfants et adolescents entre 4 et 15 ans. Nous avons obtenu les résultats suivants entre les années 1956 et 1962 (les registres précédents n'ayant pas été retrouvés).

Moyennes :

- 88 malades âgés de 4 à 15 ans ont été hospitalisés chaque année.
- 35 sont atteints de maladie chronique, ou nécessitant un repos prolongé, ceci ayant été calculé d'après le tableau ci-après.

Malades hospitalisés entre 4 ans et 15 ans

	sur 76 malades	45 chroniques
1956	» 87	56
1957	» 97	47
1958	» 102	45
1959	» 87	39
1960	» 93	31
1961	» 73	28
1962		

Les maladies en cause sont réparties de la façon suivante :

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Cardiopathies congénitales	4	5	2	3	0	2	0
Rhumatisme articulaire aigu	2	9	5	9	8	6	4
Chorée	4	1	2	1	1	0	1
Primo-infection tuberculeuse	4	2	2	8	8	8	6
Tuberculose pulmonaire ou autre forme	6	2	13	3	3	5	5
Bronchectasies	0	3	3	0	1	1	0
Néphrites	4	3	3	1	1	1	1
Néphroses lipoidiques	2	4	0	0	0	0	2
Poliomyélite	1	0	7	3	1	0	0
Infirmes moteurs (autres que polios)	4	2	3	3	1	1	2
Infirmes moteurs cérébraux	0	0	0	0	0	0	0
Méningites non tuberculeuses	8	6	3	6	3	5	3
Epilepsie	1	4	3	6	3	1	4
Diabète	0	3	0	2	2	1	0
Ostéomyélite	0	0	1	0	0	0	1
Leucémie	0	2	0	0	0	0	0
Sarcome	0	0	0	0	1	0	0
Myxœdème	0	0	0	1	1	0	0
Ictère	4	1	1	0	3	0	0

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT A L'HOPITAL

Dans le service même, il n'existe rien. Les enfants d'âge scolaire dont l'état de santé est suffisant pour qu'ils puissent se lever, s'habiller et traverser les jardins de l'hôpital, sont conduits le matin, après la visite, et l'après-midi, au « Dépôt de l'Assistance Publique ». Là, ils sont mêlés à une vingtaine d'enfants bien portants en prin-

cipe, d'âge variable, dont la durée de séjour est capricieuse et qui, pour la plupart, ont un retard scolaire important s'expliquant par leur mode de vie.

Durant l'année scolaire 1962-1963, deux institutrices se sont succédé et l'enseignement donné a été tout à fait irrégulier. Dans les deux cas, il s'agissait plutôt d'une « garderie d'enfants » que d'une classe organisée. Cette année, une nouvelle institutrice vient de prendre la classe en main. Il y a 28 élèves sur 20 places et *une classe unique* allant du cours préparatoire à la classe de fin d'études, partagée en trois divisions :

- 1) Apprentissage de la lecture.
- 2) Cours élémentaire première et deuxième année.
- 3) Cours moyen.

Les horaires sont les mêmes que ceux de l'école primaire. Deux élèves vont se préparer au certificat d'études pour l'année 1963-1964.

La radio est utilisée pour l'enseignement du chant :

- le mardi pour les petits : une demi-heure ;
- le mercredi pour les grands : une demi-heure.

(Etude en particulier des chants demandés au certificat d'études.)

La télévision scolaire est utilisée aussi, deux fois par semaine.

Les difficultés auxquelles se heurte le personnel enseignant sont nombreuses : les locaux sont peu attrayants, tristes et peu salubres ; il y a une table et un livre de lecture pour trois élèves. Les enfants ne bénéficient pas des séances de cinéma éducatif qui ont lieu une fois par mois à Alençon. Il n'existe aucune salle où puissent s'organiser des séances de travaux manuels.

Depuis la rentrée, aucun enfant venant du service de pédiatrie n'a été admis à suivre la classe.

Nous allons maintenant passer en revue les divers établissements pour diminués physiques du département de l'Orne, et faire « l'inventaire » pour chacun de leurs ressources en matière de formation scolaire et professionnelle.

LISTE DES ETABLISSEMENTS POUR MALADES CHRONIQUES DU DEPARTEMENT DE L'ORNE

I — INSTITUT MÉDICO-TECHNIQUE DE CHAMPTHIERRY, à Saint-Maurice-les-Charencey :

- Pour garçons épileptiques de 13 à 18 ans.
- Capacité d'accueil : 100 lits.

II — INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE JUVIGNY-SOUS-ANDAINE :

- Pour garçons jusqu'à 6 ans.
- Pour filles jusqu'à 20 ans.
- Capacité : 114 lits, dont 15 pour garçons.

III — PRÉVENTORIUM DES NOUETTES, à Aube :

- Pour garçons de 3 à 12 ans.
- Pour filles de 3 à 14 ans.
- Capacité : 124 lits.

IV — AÉRIUM DE GLAYE, à Céton :

- Pour garçons de 3 à 8 ans
- Pour filles de 3 à 14 ans.
- Capacité : 120 lits.

V — INSTITUT DES SOURDS PARLANTS DE LA PROVIDENCE, à Alençon (rue de la Poterne) :

- Pour garçons de 4 ans 1/2 à 12 ans.
- Pour filles de 4 ans 1/2 à 18 ans.
- Capacité : 97 lits.

• ECOLE TECHNIQUE DE CHAMPTHÉRRY, à Saint-Maurice-les-Charencey (Orne) :

- Pour garçons épileptiques : habilitée par l'Education Nationale, pour la formation professionnelle de garçons de 13 à 18 ans en vue de l'obtention du Certificat d'Aptitudes Professionnelles.
- Capacité d'accueil : 100 lits (effectif au complet).
- Instruction demandée à l'entrée : Certificat d'Etudes Primaires. Si le jeune n'a pu, pour des raisons de santé, obtenir ce certificat, deux classes l'y préparent :
 - une classe de pré-fin d'études;
 - une classe de fin d'études.

Il y a 10 professeurs. Ce chiffre comprend : instituteurs, professeurs et techniciens, ceci pour quatre classes préparant au certificat d'études et pour cinq sections professionnelles. Sont enseignés en vue de l'obtention du C.A.P. :

- électricité;
- menuiserie;
- peinture;
- horticulture;
- éducateur stagiaire.

De plus, les élèves sont répartis en cinq sections sportives :

- hand-ball;
- foot-ball;
- volley-ball;
- natation;
- judo.

Quant à la gymnastique, elle peut être soit éducative, soit d'ordre compétitif civil ou universitaire.

Les horaires de travail restent normaux. Les cours par correspondance, radio ou télévision ne sont pas utilisés. Les sujets ont tous un quotient intellectuel $\geq$ à 0,80 et, à la sortie de l'école, les élèves ayant obtenu le C.A.P. peuvent être placés par l'établissement.

Le Foyer de Jeunes Travailleurs, à Longjumeau (Seine-et-Oise), vient en service de suite de Champthierry et facilite les placements.

Un spécialiste neuro-pédiatre-encéphalographiste tient les élèves sous surveillance médicale constante. Télévision, cinéma, bibliothèque sont à la disposition des pensionnaires.

- INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE « LA PROVIDENCE », à Juvigny-sous-Andaine :

Nombre d'enfants en traitement : 100 à 115 dont une cinquantaine environ sont d'âge scolaire. L'effectif est essentiellement composé de filles, 15 lits seulement étant réservés aux garçons.

— Durée moyenne de séjour : 15 à 18 mois.

— Nombre d'institutrices : 2.

— Nombre de classes : 2.

— Horaire des cours : de 9 heures à 11 h 30 le matin; de 14 heures à 16 h 30 l'après-midi, avec étude de 17 à 18 h 30.

Il n'existe qu'un enseignement primaire, avec préparation du Certificat d'Etudes Primaires. Quelques enfants suivent des cours par correspondance, pour les classes de 5^e, 4^e, 3^e. Il n'y a pas de classes de rattrapage, par contre sont utilisées la radio et la télévision scolaires. A la sortie de l'établissement, les enfants sont sensés pouvoir reprendre une vie familiale et scolaire normale (c'est du moins ce que dit la directrice du Centre).

- PRÉVENTORIUM DES NOUETTES, à Aube, près de l'Aigle, dans l'Orne :

Il s'agit d'un établissement organisé pour l'application de la cure hygiéno-diététique, cure de repos associée à l'entraînement physique et intellectuel. Régime d'internat, sous surveillance médicale constante.

Il est destiné à recevoir des enfants et adolescents présentant :

1° Une réaction tuberculinique, convalescents de primo-infection récente, avec atteinte de l'état général ou présentant une manifestation localisée d'adénopathies médiastinales, convalescents de pleurésie séro-fibrineuse ou d'érythème noueux.

2° Présentant des adénopathies périphériques ou tuberculoses externes non suppurées, ne relevant pas d'un traitement chirurgical ou orthopédique.

Ces sujets ne peuvent être admis qu'avec une température normale, une disparition des signes d'évolution (V.S. normale) et lorsqu'ils ne sont pas bacillaires.

Le Préventorium des Nouettes comprend 124 lits. L'âge moyen est de :

— 3 à 12 ans pour les garçons;

— 3 à 14 ans pour les filles.

Il y a 3 institutrices pour : 2 classes de plein air et 1 classe de perfectionnement.

Il n'existe qu'un enseignement primaire, avec préparation au Certificat d'Etudes Primaires. L'enseignement par correspondance n'est pas utilisé. La radio scolaire sert pour l'enseignement de la récitation et du chant. La télévision scolaire est inutilisée.

• AÉRIUM DE GLAYE, à Céton :

— Capacité : 120 lits.

— Une classe de plein air (les réponses à notre questionnaire n'ont pas été données).

• INSTITUT DES SOURDS PARLANTS DE LA PROVIDENCE, à Alençon :

— Capacité : 97 lits.

— Nombre d'enfants : en moyenne 40 garçons et 40 filles. Age moyen de 5 à 15 ans.

— Nombre de professeurs : 10.

— Nombre de classes :

— 4 classes pour garçons;

— 4 classes pour filles;

— 1 jardin d'enfants;

— classe de rattrapage : 0;

— classe de perfectionnement : 0.

L'enseignement par correspondance n'est pas utilisé. Si la radio scolaire ne peut évidemment être utilisée, la télévision l'est par contre deux fois par semaine; chaque séance est accompagnée et complétée par le commentaire du professeur. Il n'existe qu'un enseignement primaire, avec préparation au Certificat d'Etudes primaires. Ensuite, les filles sont orientées vers l'apprentissage de la *broderie*, et elles peuvent préparer le Certificat d'Aptitude Professionnelle correspondant. Beaucoup se spécialisent dans le travail du « point d'Alençon » (l'une d'elles a reçu récemment le titre de « Meilleure Ouvrière de France »).

Les garçons, le plus souvent, retournent dans leurs familles et travaillent dans l'*agriculture*; quelques-uns sont envoyés au Centre d'Apprentissage de Saint-Brieuc (section agriculture).

Horaire des cours :

— le matin de 8 h 45 à 10 h, puis de 10 h 30 à 11 h 30;

— l'après-midi de 13 h 30 à 15 h, puis étude à 16 h et contrôle des leçons de 17 h à 18 h;

— atelier de 18 h à 18 h 45.

D'ici peu, l'institut ne s'occupera que des filles et n'acceptera plus les garçons. Ceci par manque de personnel.

L'établissement est tenu par des religieuses, qui avouent n'avoir ni la formation ni la compétence nécessaires pour encadrer de jeunes garçons.

CHAPITRE IV

PROBLEMES PARTICULIERS

Voyons les problèmes particuliers posés par :

- 1) Les épileptiques.
- 2) Les diabétiques.
- 3) Les cardiaques.
- 4) Les néphritiques et albuminuriques.
- 5) Les hémophiles.

1) LES EPILEPTIQUES

La formation scolaire puis professionnelle, ainsi que l'insertion sociale des épileptiques est un des problèmes les plus difficiles posés par les handicapés physiques. La scolarisation de ces sujets est encore, à l'heure actuelle, bien mal résolue.

Le problème social et une partie du problème psychologique sont dominés par l'idée que l'on se fait de l'épilepsie et, alors que le public est plein de compassion, de sympathie pour l'aveugle ou le paralysé, ses réactions sont différentes en ce qui concerne l'épilepsie.

La maladie garde encore un caractère mystérieux et maléfique, provoque une certaine peur, parfois vaguement mêlée de superstition. Cet état d'esprit aboutit hélas souvent à l'exclusion du sujet épileptique du groupe, sinon familial, du moins scolaire et social.

Abandonnés à eux-mêmes, ce sont des sujets condamnés à l'inertie et à la misère sous toutes ses formes, d'autant plus que les symptômes de l'épilepsie apparaissent souvent dès la première enfance.

Selon les chiffres donnés par le Docteur LABAUGE [14], 60 % des cas surviennent en période pré-scolaire et 30 % en période scolaire ou en apprentissage.

« Un des points les plus importants actuellement est donc d'informer le monde non médical, ainsi que le monde médical non spécialisé de ce qu'est l'épilepsie. Les difficultés d'adaptation de ces adolescents, en apprentissage, ne sont le plus souvent que le prolongement de leurs difficultés scolaires qui sont restées sans solution. »

Sur le plan médical, il faut noter le polymorphisme de cette maladie qui comprend plusieurs sortes de manifestations :

1) *Le grand mal* avec ses crises convulsives impressionnant tant l'entourage et qui entraînent le plus souvent l'éviction de l'école.

2) *Le petit mal épileptique*, picnoleptique, caractérisé par ses absences fréquentes, l'absence étant

« une variété de paroxysme épileptique caractérisée par une suspension brusque et passagère de la conscience, respectant les fonctions végétatives et le tonus d'attitude ».

C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir, à une consultation de neuro-psychiatrie, un enfant amené là (et c'est déjà une chance pour ce dernier) sur les conseils de l'instituteur ou d'une assistante sociale d'école maternelle pour défaut d'attention, paresse, rêverie. Après examen neuro-psychiatrique et électro-encéphalogramme, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un sujet atteint de petit mal... le petit mal épileptique myoclonique, avec ses contractions musculaires en général bilatérales et symétriques, et localisées aux membres supérieurs.

3) *Les crises atoniques ou akinétiques*

« caractérisées par une brusque suspension, localisée ou généralisée, du tonus musculaire, entraînant parfois la chute ».

4) Enfin les autres variétés de paroxysmes à expression neurologique ou à expression psychiatrique, en particulier chez l'enfant : les crises hallucinatoires, les états confusionnels ou oniriques ou les actes impulsifs tels que vols, fugues, accès coléreux violents.

S'il y a des épileptiques arriérés intellectuels, ce qui sort du cadre de cet exposé, le plus grand nombre est d'intelligence normale, mais il arrive que certains troubles les fassent passer pour des déficients mentaux. C'est le cas de la bradypsychie pouvant aller jusqu'à l'obnubilation psychique (G. ROBIN) et de certains troubles du caractère : affectivité « collante », persévération, impulsivité, rendant par-

fois l'enfant épileptique dangereux pour ses camarades de classe comme pour tout son entourage.

Trop souvent encore, l'enfant et à plus forte raison l'adolescent épileptique ne peuvent recevoir l'enseignement auquel ils ont droit. Pourtant, il s'agit d'une maladie qui se traite et qui, si elle guérit rarement complètement, peut au moins se stabiliser.

Avec les thérapeutiques actuelles, un grand nombre d'enfants doivent autant que possible mener une vie normale et s'épanouir dans une classe normale.

Les sports sont autorisés (avec restriction pour la natation), et il est prouvé que le travail mental et physique, le maintien de l'attention en éveil, diminuent la fréquence des accidents paroxystiques.

Le climat affectif, l'ambiance jouent ici un rôle prépondérant. C'est ce qui a fait dire à TERNY et LEMOX :

« L'entourage est presque aussi important dans le traitement de l'épilepsie que les soins médicaux individuels. »

Certaines crises sont déclenchées par un choc émotif quelconque, par une période de surmenage, une affection intercurrente ou un traitement irrégulier. Les moins atteints sont reçus dans les instituts médico-pédagogiques (mais là aussi un gros travail d'information reste à faire). Ils y sont mêlés à des débiles, des énurétiques ou autres déficients mentaux..., ce qui est désastreux.

Lorsque les crises sont trop fréquentes, trop intenses et les troubles spécifiques caractériels trop importants, des centres spécialisés groupent ces cas. Malheureusement, ces établissements comme les autres sont en nombre insuffisant et beaucoup d'enfants sont sur une liste d'attente... et attendent un an ou deux.

Que se passe-t-il à l'école ?

Malgré les dernières directives données par le Ministère de l'Éducation Nationale (circulaire du 20 mars 1963), si les inscriptions des enfants épileptiques sont moins souvent refusées, les élèves n'en sont pas moins accueillis avec méfiance et à contre-cœur. Le directeur et les maîtres craignent un accident, veulent protéger le reste de la classe du choc provoqué par la vue d'une crise et considèrent le petit épileptique comme un élément perturbateur risquant de retarder la classe.

Ceci explique que l'épilepsie soit encore trop souvent méconnue, les parents ne signalant pas l'état de santé de leur enfant ; ou bien cela passe inaperçu (selon HENDERSON, 9 % sur un lot de 365 enfants épileptiques ont des crises devant leurs camarades), ou bien la situation réelle est découverte lors d'une crise ou d'un accident, sur un terrain de sport ou au cours d'une séance de travaux pratiques.

Un cas un peu particulier est celui des enfants habitant à la campagne, loin de l'école. C'est une cause importante d'abstention scolaire, les parents craignant les trajets longs et fatigants, l'usage de la bicyclette et aussi la nécessité de rester à la demi-pension entraînant souvent des irrégularités dans le traitement.

Nous allons maintenant passer en revue la liste des établissements recevant des enfants épileptiques.

Nous envisagerons le cas des enfants et adolescents ayant un quotient intellectuel moyen ou suffisant pour qu'ils soient scolarisables. Dans ces centres spécialisés, soins médicaux, formation scolaire et parfois professionnelle sont menés parallèlement.

POUR LES GARÇONS

- TOUL AR C'HOAT — Châteaulin (Finistère) :

S'adresse à des garçons de 9 à 17 ans, d'un Q.I. minimum de 85 et susceptibles de faire du secondaire. Les professeurs sont délégués par l'Education Nationale et les enfants vivent en petits groupes (48 lits au total) dans une immense propriété.

- CHAMPTHIERRY — Saint-Maurice-les-Charencey (Orne) :

Pour garçons de 13 à 15 ans (gardés jusqu'à 18 ayant un Q.I. ≥ 80 et désireux d'apprendre l'électricité, menuiserie, peinture, horticulture ou de devenir employés de bureau (100 lits). Le sport tient une large place dans l'éducation.

- LE BLAVOU — Saint-Denis-sur-Huisne (Orne) :

Annexe, de création récente, de Champtierry pour ceux dont le niveau est inférieur à 80. On y enseigne l'horticulture.

POUR LES PLUS JEUNES

- CENTRE DE RÉADAPTATION BEL-AIR — Languedias, près de Dinan (Côtes-du Nord) :

Pour garçons de 4 à 9 ans (gardés jusqu'à 15 ans). Q.I. ≥ 80 . Trente lits. Enseignement primaire assuré par des maîtres spécialisés.

- I.M.P. CHATEAU DE LA BODINIÈRE — Trélazé (Maine-et-Loire) :

Pour caractériels d'origine comitiale de 6 à 13 ans (gardés jusqu'à 15 ans). Q.I. ≥ 80 et intelligence normale.

- CENTRE-ECOLE DE L'AGRÉA — Saint-Caprais-de-Bordeaux (Gironde) :

Pour caractériels d'origine organique de 7 à 14 ans. Q.I. = 75 à 95.

- MAISONS D'ENFANTS — CHATEAU DE WOST — Lourdueix-Saint-Pierre (Creuse) :

Dépend de la C.R.F., 21, rue François-I^{er}, Paris-8^e. Quarante-deux lits pour garçons entre 6 et 10 ans (gardés jusqu'à 14 ans) présentant un Q.I. de 70 minimum.

- DOMAINE DU PLOVIER — Saint-Marcel-les-Valence (Drôme) :

Pour épileptiques scolarisables de 6 à 13 ans. Q.I. $\geq$ 65 (75 lits). Cet établissement organise une colonie de vacances pour filles et garçons.

POUR LES FILLES

- INSTITUT LEOPOLD-BELIAN, 4, rue du 13^e de Ligne, à Bry-sur-Marne (Seine) :

S'adresse à des filles épileptiques intelligentes (Q.I. minimum 90) entre 6 et 16 ans (gardées jusqu'à 18 ans). Enseignement général, primaire et secondaire et professionnel : couture, cartonnage, cours commerciaux. Soixante-douze lits.

- I.M.P. SAINTE-CATHERINE LABOURE, à Tain (Drôme) :

Peut recevoir 50 épileptiques de 6 à 18 ans (30 enfants et 20 adolescentes) présentant un Q.I. autour de 65.

MAISONS D'ENFANTS POUR EPILEPTIQUES

(auxquelles sont rattachées des écoles publiques)

- COURDOUEIX-SAINT-PIERRE, dans la Creuse :

Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées. Enseignement assuré par des instituteurs publics spécialisés.

- LE PLOVIER, à Saint-Marcel-les-Valence :

— Pour garçons et filles de 6 à 13 ans, épileptiques éducatibles.

I.M.P. RECEVANT DES EPILEPTIQUES

Nous ne citons que les principaux I.M.P. Scolarité assurée par des instituteurs spécialisés.

- CHATEAU DE LA VERGNIÈRE, par Foix :

— Pour les garçons de 6 à 16 ans, groupant les nerveux, énurétiques, déficients mentaux et épileptiques légers.

- COURTEFONTAINE, par Saint-Vit :
— Pour les garçons de 6 à 14 ans.
- I.M.P. DÉPARTEMENTAL DU CHATEAU D'HERBAULT (Loir-et-Cher) :
— Pour les filles de 6 à 8 ans.
- ETABLISSEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE DESSAIGNES, Les Basses-Fontaines, Saint-Laurent-des-Eaux :
— Pour garçons de 6 à 10 ans.
— Pour filles de 6 à 12 ans.
- Enfin il faut citer, un peu à part, le CENTRE SAINT-PAUL, 300, boulevard de Sainte-Marguerite à Marseille :

Créé par l'Association Régionale de la Sauvegarde de l'Enfance, il s'occupe de l'observation et de l'orientation des jeunes épileptiques, garçons et filles, jusqu'à 14 ans.

L'observation pédagogique y est assurée par une équipe d'éducateurs spécialisés et s'adresse aux enfants de 3 à 14 ans. Internes au Centre, les enfants sont répartis dans cinq pavillons. Chaque pavillon est prévu pour 10 enfants et leur éducateur, et comprend : chambres, blocs sanitaires, une salle de séjour pour les repas et les jeux.

Il y a sur place : un jardin d'enfants, deux classes utilisant les méthodes actives et deux ateliers accueillant les enfants pendant leurs loisirs.

Nous voyons donc l'importance de ces centres médico-scolaires auxquels doivent faire suite des centres médico-professionnels.

Il s'agit en définitive d'orienter ces jeunes vers des métiers adaptés à leur état (la liste de ces métiers est fournie par M. THÉVENIN), d'organiser pour eux une vie proche de la normale, afin de les révaloriser à leurs propres yeux. Enfin, il faut que lors de certaines activités : sport, théâtre, kermesse par exemple, ils soient en contact avec des gens normaux, ce qui peut ébranler certains préjugés locaux.

Comme le propose Mme ALVARY-GHEDALIA, Fondatrice de l'Association des Parents d'Enfants Epileptiques, il faut :

« Faire savoir que l'épilepsie n'est pas une maladie honteuse qu'il faille cacher, mais une maladie comme les autres, qu'il faut combattre ouvertement.

« Alerter les pouvoirs publics par des statistiques précises. Actuellement, il s'avère impossible de donner le nombre exact des épileptiques en France, donc d'évaluer leurs besoins, les parents préférant cacher la nature de la maladie plutôt que réclamer les solutions nécessaires.

« Enfin, il y aurait intérêt à avoir une législation propre de l'épileptique, avec :

— recensement sous secret médical ;

- obligation pour les entreprises d'employer un certain pourcentage de malades ;
- créations d'ateliers protégés ;
- et, dans tous les cas, surveillance médico-sociale étroite. »

2) LES DIABETIQUES

Il ne faut pas perdre de vue, tout d'abord, que le diabète du sujet jeune est souvent grave et pose de difficiles problèmes de stabilisation.

Les sujets jeunes, en pleine période de croissance, ont des besoins métaboliques supérieurs à ceux des adultes et l'équilibre glucidique est établi, de ce fait, sur un régime de besoins énergétiques et protidiques supérieur à celui des adultes.

Ces besoins étant essentiellement variables selon la croissance somatique, les déséquilibres sont relativement fréquents et il n'est pas rare d'avoir des accidents à type d'acido-cétose, de pré-coma ou au contraire d'hypoglycémie.

Le moindre écart de régime, la fatigue, une affection intercurrente favorisent ces accidents et le diabétique est en état de servitude absolue à l'égard du traitement [12].

Même si le diabète est parfaitement stabilisé, si le sujet mène une vie absolument normale grâce à une piqure par vingt-quatre heures d'insuline-retard, il est menacé de complications sérieuses dès l'âge de 35-40 ans : complications oculaires, artérielles, infectieuses. Il faut prévoir toutes ces éventualités dès l'âge scolaire. Les diabétiques, comme les épileptiques, les cardiaques ou les néphritiques, doivent être orientés de préférence vers les carrières intellectuelles, ce qui demande une formation de base aussi régulière et solide que possible.

Correctement traités et nourris, soumis à une surveillance stricte, ces enfants cessent d'être de véritables malades et peuvent se comporter comme des sujets normaux. En dehors des phases de décompensation, ils peuvent participer aux mêmes activités, jeux et études que leurs camarades sains, et ont les mêmes possibilités intellectuelles.

La gymnastique n'est pas contre-indiquée, au contraire. Simple-ment les exercices violents doivent être évités, pouvant parfois entraîner une hypoglycémie brutale.

Les diabétologues sont d'avis de mettre ces enfants à l'école communale avec les autres, en régime d'externat.

La cantine est à déconseiller, le régime alimentaire étant trop riche en glucides.

Pour les enfants habitant une ville importante, les autres étapes de la scolarité peuvent s'effectuer normalement, à condition qu'il y ait possibilité de consulter un diabétologue et de faire, si besoin est, hospitaliser le petit malade dans un service spécialisé ou tout au moins au courant de ces questions.

La situation s'aggrave pour tous les enfants habitant à la campagne ou dans une petite localité, non seulement au niveau de l'école communale, mais aussi après le certificat d'études.

L'internat devient nécessaire pour ceux qui veulent poursuivre des études, entrer dans une école technique ou en apprentissage. Or, presque tous les établissements refusent l'inscription des diabétiques, évoquant la responsabilité et l'impossibilité de leur faire suivre un régime alimentaire.

Par exemple, pas un des lycées de Paris ne possédant un internat n'accepte de diabétiques, et il en est de même des lycées climatiques et des écoles de plein-air (malgré les dernières circulaires parues).

L'Association Française des Diabétiques a donc envisagé la création de pensions pour diabétiques où soins médicaux et régimes alimentaires seraient assurés par des personnes compétentes, ce qui permettrait une scolarité sensiblement normale, en régime d'externat. Un tel établissement devait s'ouvrir il y a déjà quelques années du côté d'Elbœuf, mais il a fallu y renoncer faute de moyens financiers.

Une nouvelle tentative vient d'être faite, grâce à la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Limoges. Elle possède un domaine à Niort, dans les Deux-Sèvres, dans lequel est organisée chaque été, depuis plusieurs années, une colonie sanitaire pour diabétiques durant deux mois et fonctionnant très bien.

La Caisse de Sécurité Sociale de Limoges veut installer là, durant l'année, une maison-internat et envoyer les enfants dans les différents établissements scolaires de Niort pour leurs études et apprentissages.

Il y aura un médecin à la tête de l'établissement, une infirmière à demeure et une diététicienne.

Le projet est en route depuis trois ans... et on peut espérer voir cette maison s'ouvrir d'ici peu. Ce sera en France le premier établissement du genre.

L'établissement dont nous venons de parler s'appelle « Les Terrasses » et se trouve 39, rue du Vivier, à Niort (les familles qui désirent des renseignements peuvent s'adresser au Directeur de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale à Limoges, avenue Jean-Gagnant).

3) LES ENFANTS CARDIAQUES ET LE PROBLEME SCOLAIRE

Plusieurs cas peuvent se présenter [12] :

a) Il y a d'abord ceux que l'on nomme les « faux cardiaques » avec tout le cortège des troubles observés :

- douleurs précordiales ;
- tachycardie ;
- palpitations ;
- essoufflement ;

et parfois, à l'examen :

- un dédoublement du second bruit ;
- un souffle systolique peu intense, même un arc moyen légèrement saillant, non par sténose mitrale mais par dextro-rotation.

Une vie saine et des médications sédatives simples viennent à bout de ces troubles, qui s'estompent souvent spontanément et ne doivent pas modifier la vie du sujet.

b) Certains malaises souvent gênants et accompagnés d'anxiété et de troubles vaso-moteurs sont dus à ce que le Docteur LATOUR nomme la « neurotonie circulatoire » ; il s'agit de :

- tachycardie d'effort ;
- hypertension sympathicotonique ;
- ou, au contraire, hypotension orthostatique ;
- syncopes par asthénie circulatoire.

Là encore, tout s'estompe à mesure que le sujet atteint l'âge adulte et la scolarité doit s'effectuer normalement.

Il en est autrement lorsqu'on aborde le domaine :

c) Des cardiopathies organiques, soit congénitales, soit acquises.

Les cardiopathies congénitales doivent être opérées, l'âge optimum de l'intervention se situant entre 8 et 14 ans.

Il arrive fréquemment qu'un enfant porteur d'une cardiopathie congénitale se développe mal, sur le plan somatique, intellectuel et

affectif. Il reste chétif, de poids et de taille inférieurs à la normale, réceptif aux infections de toutes sortes, incapable d'efforts physiques aussi bien qu'intellectuels, donc inapte à suivre la classe correspondant à son âge.

Au maximum, on peut aboutir à un état d'infantilisme cardiaque, comme il y a des infantilismes endocriniens, par exemple. Une fois opéré, cet enfant s'épanouit parfois de façon spectaculaire et rattrape très vite ses camarades indemnes (c'est un peu comparable à ce qui se produit chez certains enfants pâles et lymphatiques qui, après adénectomie et amygdalectomie, rattrapent à une vitesse record le temps perdu). Les interventions pour :

- canal artériel ;
- coarctation de l'aorte ;
- sténose pulmonaire ;
- trilogie ;

sont de bon pronostic et l'on peut espérer que seul se posera un problème de rattrapage scolaire.

Il en est de même pour les cas de communication inter-auriculaire ou de maladies de Roger où, s'il y a déficit, il n'est en général pas trop important.

Par contre, une tétralogie de Fallot, même opérée et malgré la réussite de l'intervention, laissera toujours le sujet incapable d'efforts physiques. Il faudra assurer la protection scolaire, puis professionnelle de ces malades (création de postes de travail protégés).

Parmi les cardiopathies acquises, deux demandent une intervention chirurgicale rapide :

- la péricardite chronique constrictive ;
- le rétrécissement mitral isolé, à distance bien entendu d'une période évolutive de rhumatisme articulaire aigu.

Pour les autres cardiopathies acquises, certaines sont stables, non évolutives, laissant l'individu plus ou moins handicapé, d'autres continuent à avoir un potentiel évolutif inflammatoire, en particulier le rhumatisme articulaire aigu et demandent que l'on prenne des mesures précises pour permettre l'instruction et l'éducation de ces petits malades.

Comme le dit le Professeur MOZZICONACCI :

« Si le cœur-poumon artificiel fait rêver, si les interventions à cœur ouvert tiennent du miracle, il ne faut pas oublier qu'il y a, chez les enfants d'âge scolaire, autant de cardiopathies rhumatismales que de cardiopathies congénitales, et que le rhumatisme articulaire aigu doit à la médecine moderne, tout autant que les malformations cardiaques doivent à la chirurgie. »

Ceci dit, l'enfant atteint d'une cardiopathie congénitale ou acquise est amené à faire des séjours plus ou moins longs dans les services de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire des hôpitaux.

Comme nous l'a écrit Monsieur le Professeur LIAN :

« Je ne crois pas qu'il existe, dans les grands centres hospitaliers, un enseignement primaire. Il y a une vingtaine d'années, j'avais organisé cela dans mon service de l'Hôpital Tenon, mais cela n'a duré que quelques années. »

La situation est encore plus grave en ce qui concerne les enfants atteints de maladies cardiaques chroniques. Nous pensons surtout à celles présentant un potentiel évolutif inflammatoire, avec, au premier plan, le rhumatisme articulaire aigu. L'enfant atteint d'une crise de rhumatisme articulaire aigu voit sa scolarité interrompue pendant au moins trois mois. Suivant le milieu social de l'enfant et les efforts qu'il sera amené à faire par la suite, il rattrapera facilement ce retard, ou perdra une année scolaire complète.

Selon le Professeur MOZZICONACCI [20], trois éventualités sont possibles :

— Ou bien ensuite, l'enfant est guéri sans séquelles cardiaques ou avec une cardiopathie valvulaire minime, bien tolérée, et il pourra mener une vie normale, à condition de veiller à la poursuite prolongée de la prophylaxie anti-rhumatismale.

— Ou bien, l'enfant est atteint d'une cardiopathie plus ou moins sévère, réclamant un séjour dans une maison de convalescence. Il y fait, soit un séjour court de quelques mois au cours duquel il assistera à quelques leçons données par une institutrice bénévole ou attachée à l'établissement. Pour lui, se posera un problème de rattrapage scolaire lorsqu'il sera à même de vivre normalement avec un déficit bien compensé. Soit ses lésions cardiaques sont graves et l'enfant reste en raison de cure une année ou plus, et demeure par la suite un diminué physique. Pour ces malades, devraient être créées des classes de différents niveaux, et de véritables écoles puis « lycées couchés », leur permettant de poursuivre une scolarité indispensable pour leur avenir.

— Reste une dernière catégorie, représentant l'exception surtout depuis que l'on sait dépister et soigner le rhumatisme articulaire aigu : ce sont les irrécupérables. Pour eux, comme pour tous les irrécupérables, il s'agit surtout de maintenir l'intérêt en éveil, afin d'éviter découragement et désespoir.

Alors qu'à l'étranger se sont créées un nombre important de classes spécialisées pour cardiaques, en France, tout est réduit à la

présence de quelques institutrices dans les établissements recevant des cardiaques. Lorsque l'enfant reste chez lui, il ne peut bénéficier que d'un enseignement par correspondance, ou dans les cas privilégiés, de cours à domicile.

Enfin, il est de règle, lorsque l'on découvre une anomalie cardiaque lors de la visite médicale scolaire, de classer ces enfants dans le groupe sportif IV et de les dispenser de gymnastique. Ainsi que l'a écrit le Professeur PLAS :

« Le bienfait de la reprise surveillée des activités physiques s'est fait sentir d'une façon extraordinairement satisfaisante sur l'état général et sur l'état physique de nos enfants cardiaques. Ces enfants sont devenus et ont conscience d'être devenus des enfants comme les autres. Ils savent la mesure de leurs possibilités et comprennent que celles-ci sont bien suffisantes pour une vie humaine et active.

« L'action bienfaisante s'est aussi fait sentir sur l'état cardiaque : il s'est produit un accroissement de l'aptitude à l'effort, le pouls est devenu plus lent, l'accélération à l'effort est devenue moindre, cependant que le retour au calme se faisait plus rapide.

« La gymnastique ne devrait donc plus être systématiquement supprimée, mais adaptée aux possibilités de chacun. Seuls les cardiaques francs, mal stabilisés ou mal compensés, ne doivent fournir aucun effort physique. »

Là encore se pose un problème d'orientation scolaire puis professionnelle. Beaucoup d'administrations de l'Etat et d'entreprises refusant de faire travailler des cardiaques dans leurs services.

Voici la liste des établissements recevant des enfants atteints d'affections cardiaques, dans lesquels l'enseignement est assuré par des maîtres spécialisés :

- Le Mirador, Menton, 35, boulevard Garanon : pour garçons de 4 à 13 ans et pour filles de 4 à 10 ans, convalescents de rhumatisme articulaire aigu.
- Peynier, « Le Château » : pour rhumatisants cardiaques de 6 à 14 ans (garçons).
- Aix-en-Provence, avenue Paul-Cézanne : pour garçons de 6 à 13 ans, et filles de 6 à 17 ans, atteints de rhumatisme articulaire aigu et de cardiopathies congénitales.
- Aubagne, « Bon Soleil » : maison d'enfants à caractère sanitaire avec section pour convalescents de rhumatisme articulaire aigu, garçons et filles de 5 à 13 ans.
- Saint-Prix, « La Solitude » : pour garçons et filles de 6 à 15 ans.
- Charnay, « Les Juniors » : pour garçons et filles de 3 à 14 ans.
- Nanterre : pour garçons et filles de 4 à 15 ans, convalescents de R.A.A.
- Les Loges en Josas, « Le Château des Côtes » : pour garçons de 6 à 12 ans, et filles de 6 à 17 ans, convalescents de R.A.A.
- Centre de Versailles : pour enfants de 6 à 15 ans.

- Centre de Traitement, à Jurançon : pour garçons et filles de 5 à 18 ans.
- Aérium de Saint-Fortunat, à Saint-Didier, au Mont-Dore.
- Clinique Médicale pour Cardiaques, La Charmée, par Chalon-sur-Saône : pour adolescents à partir de 14 ans.
- Centre pour Cardiaques de La Roche-Guyon : pour enfants de la naissance à 15 ans.

4) NEPHRITIQUES ET ALBUMINURIQUES

Pendant longtemps les enfants convalescents de néphrite aiguë ou porteurs d'une néphrite chronique, ceux présentant une albuminurie, quelle qu'en soit l'origine, n'ont guère posé de problèmes sur le plan scolaire et aucune des précautions paraissant aujourd'hui indispensables n'étaient prises.

C'est ainsi qu'un enfant, ayant présenté au décours d'une angine tous les signes d'une néphrite aiguë, après retour apparent à un état de santé normal, au bout d'un mois environ, était renvoyé en classe.

Comment la question de la reprise de la scolarité peut-elle être réglée chez un enfant convalescent de néphrite aiguë ?

On sait actuellement qu'il s'agit d'une maladie non bénigne, engageant lourdement l'avenir. Même lorsque tout semble rentré dans l'ordre, que l'enfant ne présente plus d'œdèmes, plus d'albuminurie, il faut le maintenir au repos complet pendant une période allant de trois à six mois selon les cas.

Actuellement, en France, la seule solution pour les parents est de garder leurs enfants chez eux, en les occupant ou en les instruisant au mieux selon leurs possibilités et moyens (les établissements où les enfants peuvent bénéficier d'un régime strict et d'une discipline de repos contrôlée étant quasi inexistant). Le retour à l'école ne peut être envisagé qu'après un bilan clinique et fonctionnel complet et précis. Certains critères doivent être exigés [24] :

- les œdèmes doivent avoir totalement disparu et la tolérance au sel doit être normale ;
- l'état cardio-vasculaire doit être normal et la tension artérielle $\leq$ à 11 de maxima.

Il en est de même des épreuves fonctionnelles rénales :

- épreuve d'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine, renseignant sur le fonctionnement du tubule rénal ;
- coefficient de Van Slyke, témoin du fonctionnement glomérulaire ;

— enfin, le culot urinaire ne doit plus contenir de cylindres granuleux et le débit hématies/minute ne doit pas dépasser 1.000 hématies par minute.

Jean F. PORGE insiste bien sur le fait que même si l'albuminurie a totalement disparu, même s'il n'y a plus de cylindrurie granuleuse, la présence d'une hématurie microscopique est la preuve d'un processus évolutif persistant et de lésions glomérulaires de pronostic grave, si le sujet n'est pas mis au repos absolu pendant un certain nombre de mois (le glomérule ne guérit qu'au prix d'une réaction de sclérose ayant pour conséquence la perte du néphron).

La mesure d'Addis-Hamburger n'est du reste pas suffisante pour affirmer l'absence d'hématurie microscopique ; l'examen capital restant l'épreuve de fatigue en période d'oligurie provoquée.

Les urines recueillies après une marche active d'une heure, l'enfant ayant vidé sa vessie avant l'épreuve et n'ayant absorbé aucun liquide depuis trois heures, ne doivent pas faire apparaître d'hématurie microscopique ni de cylindrurie granuleuse.

Il arrive qu'un sujet alité semble parfaitement guéri alors que le simple lever déclanche un hématurie pathologique.

Si tous les examens s'avèrent normaux, l'enfant peut retourner à l'école moyennant certaines précautions (pendant six mois au moins). Le régime d'internat est impossible, l'enfant n'ayant pas un temps de repos suffisant et l'alimentation dans les cantines scolaires étant médiocre. On interdira la gymnastique et les bains froids. Enfin, toute vaccination, et si possible même une simple cuti-réaction, seront évitées durant cette période.

Lorsque les signes de néphrite n'ont pas totalement disparu, il est impensable de renvoyer l'enfant en classe et le repos prolongé, imputoyable, est la meilleure chance de guérison tardive.

Dans ces cas-là, serait nécessaire l'organisation de maisons de repos spécialisées avec enseignement primaire ou secondaire organisé sur place.

Lorsque l'évolution de la maladie s'est poursuivie jusqu'à la néphrite chronique et que tout espoir de guérison est perdu, pour des raisons psychologiques simples, il est préférable d'envoyer l'enfant à l'école au moins à mi-temps, afin qu'il puisse garder contact avec ses camarades et apprendre un minimum de notions essentielles.

Mais ces enfants néphrétiques sont relativement peu nombreux en regard du nombre beaucoup plus grand des enfants porteurs d'une albuminurie isolée, par ailleurs en bonne santé, pour qui tous les examens cliniques ou fonctionnels restent négatifs.

La scolarité peut alors être poursuivie avec certaines restrictions dans les cas d'albuminurie moyenne aux alentours de un gramme (« tout en connaissant la non-valeur du taux de l'albuminurie dans l'appréciation du pronostic ») :

- l'enfant ne doit pas travailler tard le soir ni aller à l'étude ;
- une courte sieste est indispensable ;
- le jeudi et le dimanche, il devra rester au lit le matin, au besoin apprendre ses leçons allongé ;
- les sports sont interdits. Dans certains cas ils pourraient être pratiqués modérément mais l'esprit de compétition est tel de nos jours en ce domaine comme en bien d'autres, que le surmenage est à craindre ;
- on doit éviter autant que possible les vaccinations et même la cuti-réaction.

Un gros travail d'information reste à faire. Les parents comprennent mal, en face d'un enfant turbulent et joyeux, la nécessité d'une cure de repos rigoureuse et les restrictions faites par le médecin quant au pronostic d'avenir.

Au médecin scolaire et au médecin traitant de conjuguer leurs efforts pour la protection de cet enfant.

5) PROBLEME DES HEMOPHILES

La première expérience concernant la scolarité des hémophiles a été faite à Montain dans le Jura, par l'ouverture le 20 octobre 1958 du premier centre médico-scolaire du monde pour hémophiles.

Cet établissement situé à proximité d'un centre hospitalier compétent et pourvu d'une infirmerie bien aménagée reçoit en régime d'internat 60 garçons de 6 à 14 ans.

En septembre 1960, s'est créé un second centre pour hémophiles à La Queue-les-Yvelines.

Enfin il vient de s'ouvrir une troisième maison à Chambéry, pour les jeunes de plus de 16 ans qui vont dans les lycées et collèges de la ville.

Sur le plan médical les complications rencontrées sont surtout :

- les hématomes,
- les hémarthroses avec leurs sequelles et l'impotence fonctionnelle entraînée,
- plus fréquemment, que épistaxis ou hémorragies intestinales [18].

Les risques médicaux présentent une recrudescence au printemps, probablement par suite de gripes, et au mois de mai (recrudescence saisonnière des hémarthroses).

Le centre pour hémophiles doit prévoir tout cela et, à côté d'une surveillance médicale régulière, les traitements orthopédiques et les rééducations fonctionnelles, en particulier à la suite d'hémarthroses, doivent se faire sur place.

De même on doit instituer un contrôle dentaire régulier et fréquent, de façon à dépister les caries à leur début afin d'éviter le plus souvent possible les extractions dentaires.

Grouper les enfants en institut, est d'un grand bénéfice : ils ne se sentent plus isolés, voient leur anxiété diminuer du fait qu'ils sont encadrés, reprennent espoir et courage.

QUEL EST L'ASPECT SCOLAIRE DU PROBLEME ?

Il est d'une extrême importance pour ces enfants d'acquérir des bases scolaires solides leur permettant de bénéficier d'un enseignement secondaire, puisqu'ils doivent être préparés à exercer des métiers non manuels, les mettant le plus possible à l'abri des traumatismes.

Il doit donc y avoir des classes permettant d'atteindre un niveau de fin de quatrième ou d'aller jusqu'au B.E.P.C. au minimum, et des classes de rattrapage scolaire.

En 1958 à Montain, les 49 élèves étaient répartis en trois classes :

- 23 chez les petits ;
- 20 chez les grands.

Cinq enfants ne sachant pas lire, il a fallu instaurer un cours préparatoire et à la fin de l'année ils ont pu passer en cours élémentaire.

Trois seulement de 15 et 16 ans ont préparé le Certificat d'Etudes Primaires.

Le cycle d'enseignement organisé prévoyait trois degrés :

- primaire ;
- moderne premier cycle ;
- technique.

Actuellement, il y a un cours élémentaire 1^{re} et 2^e année, un cours moyen 1^{re} et 2^e année, une classe de 6^e, une de 5^e.

Horaires de cours :

- le matin de 9 h à 12 h,
- l'après-midi de 14 h à 17 h, avec une étude de 18 h à 19 h.

Pour compenser les efforts physiques interdits, diverses activités sont prévues : dessin, chant, ateliers de travaux manuels (vannerie, plâtre, peinture, poterie).

Les sujets les mieux doués doivent, s'ils le peuvent, rejoindre après le B.E.P.C. la classe de seconde de l'enseignement public et se préparer ainsi à l'examen probatoire puis au titre de bachelier.

L'association des hémophiles cherche à intégrer ses élèves dans des lycées de l'enseignement de l'Etat où ils puissent bénéficier d'une surveillance médicale particulière.

Ceux qui restent après la classe de troisième dans les collèges spécialisés pour hémophiles, reçoivent une formation technique essentiellement basée sur l'efficacité, ne prévoyant que l'acquisition d'une seule langue vivante, l'anglais, et orientant les élèves vers deux options techniques :

— dessin,

— comptabilité.

D'une façon générale, les petits hémophiles s'ils vont à l'école comme tout le monde, sont amenés à prendre un retard scolaire important inhérent à leur état.

Pour empêcher ce retard scolaire et malgré les inconvénients que présente une séparation d'avec le milieu familial, il importe de les mettre assez tôt en internat afin qu'ils puissent être instruits dans les meilleures conditions.

Dans ces établissements fonctionne une école ordinaire et, lorsque les enfants doivent rester à l'infirmerie, ils peuvent continuer à travailler et seront enseignés par leurs maîtres entre 16 heures et 18 heures, une fois terminée la classe normale, ce qui permet de ne pas prendre trop de retard d'une part, et de faire du rattrapage scolaire grâce au petit nombre d'enfants et au dévouement des enseignants.

Il y a à Montain, deux infirmeries de six lits chacune et, depuis peu, deux institutrices suppléantes font les mêmes cours que ceux faits en classe pendant le même temps.

CONCLUSIONS

Au terme de cet exposé, nous voyons qu'il reste beaucoup à faire, dans un domaine aussi varié que complexe.

Il devient chose banale de dire qu'organisme et psychisme sont en étroites corrélation.

Puisque l'organisme réagit contre toute agression par des phénomènes mettant en jeu des mécanismes hormonaux, di-encéphaliques, neuro-végétatifs, puisque l'anoxie, l'urémie par exemple, peuvent déclencher l'apparition de véritables troubles psychiques [43], pourquoi la plupart des maladies chroniques n'entraîneraient-elles pas en elles-mêmes des modifications du comportement ?

D'autre part, il est logique de penser que le choc causé par la découverte d'un handicap somatique chronique avec toutes les conséquences qui en découlent, puisse faire apparaître un certain nombre de troubles et un comportement un peu particulier au diminué physique.

Comme l'a montré le Docteur AUBIN [40], devant cette situation traumatisante, plusieurs attitudes sont possibles :

Une minorité de sujets possédant une vie spirituelle intense, verra son adaptation facilitée par des possibilités de sublimation et de surcompensation, mais le plus souvent, l'enfant et l'adolescent devant « faire face » à la réalité, vont réagir par des sentiments de frustration et de dévalorisation, adopter une attitude faite de révolte, d'agressivité, de culpabilité ou ce qui est plus grave, devenir essentiellement passifs et indifférents.

D'autres facteurs interviennent pour modifier un terrain déjà fragile : thérapeutiques médicamenteuses ou chirurgicales, techniques de rééducation fonctionnelle, mode de vie dans les établissements spécialisés.

Les pédagogues ont bien senti cela et essayent d'organiser la vie matérielle, les loisirs, enfin l'enseignement, différemment, selon la maladie ou l'infirmité en cause.

On doit à tout prix éviter d'ajouter à une inadaptation physique et affective, une inadaptation intellectuelle conduisant l'individu par une vraie réaction en chaîne, au refus de s'intégrer à la société des bien portants puis d'accepter la vie adulte.

Sur le plan scolaire, les difficultés naissent du fait que la fréquentation scolaire nulle ou irrégulière, les échecs successifs, entraînent un retard certes, mais surtout une absence de méthodes de travail, une abolition de la notion d'effort, désintérêt et superficialisme [35].

Il importe de réadapter ces cas en leur faisant acquérir les mécanismes et connaissances indispensables. Un « enseignement magistral de caractère verbal » ne peut donner de bons résultats. Peu adapté à l'enfant tel qu'il vit dans notre société moderne, il l'est encore moins à l'enfant en situation d'instabilité et d'échec. Il faut trouver un mode d'éducation ouvert à la vie et à l'actualité, capable de lui redonner le goût du travail et d'une certaine activité.

Mais mieux vaut éduquer que rééduquer. L'école doit donc être présente partout où se trouvent des collectivités d'enfants. Il est essentiel de pouvoir canaliser les problèmes de ces jeunes. L'activité scolaire reste encore le meilleur dérivatif, permettant de créer un climat psychologique valable dans lequel l'enfant déficient puisse reprendre le dessus, et tirer tout le parti de son intelligence. C'est un devoir que de cultiver la précocité et la maturité de pensée de nombre de ces sujets, d'orienter leur sensibilité exacerbée tout en satisfaisant leur besoin d'apprendre.

L'activité scolaire est un facteur d'équilibre indispensable puisque c'est l'occasion pour le jeune handicapé physique de compenser son infériorité, de se valoriser aux yeux des autres et de lui-même, de s'imposer par ses dons personnels, préparant ainsi sa future insertion sociale.

De plus, l'avenir des infirmes comme des malades dépend étroitement de la formation intellectuelle qu'ils auront reçu. Les professions intellectuelles et sédentaires sont en général les seules à envisager. Tout doit donc être tenté pour leur assurer au départ une scolarité régulière et l'enseignement de base dont tout leur avenir dépend. Les lois sur l'obligation scolaire sont applicables à tous et un certain nombre de mesures devraient être prises en faveur des déficients physiques. La notion d'âge légal de scolarité ne devrait pas entrer en ligne de compte, l'important pour l'enfant ou l'adolescent invalide étant de passer le certificat d'études primaires, le brevet d'études du premier cycle ou le baccalauréat à n'importe quel âge ; il faudrait aussi organiser des programmes d'enseignement en rapport avec ces

cas particuliers (vœu exprimé à la Conférence Internationale du travail, à Genève en 1955).

Un grand progrès vient d'être réalisé par la promulgation de la loi du 31 juillet 1963, concernant l'allocation d'éducation spécialisée versée aux mineurs infirmes et la prolongation du versement des allocations familiales aux parents d'enfants infirmes ou malades. Un second projet mérite d'être souligné : un texte est à l'étude en vue de créer des bourses en faveur des inadaptés scolaires, ne pouvant bénéficier de la prestation d'éducation spécialisée.

On peut donc espérer que dans un avenir pas trop lointain, nos jeunes diminués physiques auront toutes possibilités de s'orienter selon leurs goûts et aptitudes (dans la mesure du possible), aidés en outre par l'orientation scolaire qui doit intervenir dans ces cas de façon systématique.

Se cultiver, accepter la discipline imposée par la vie en commun, tout ceci prépare le retour à une vie aussi normale que possible, seul but recherché. Bien guidé, l'enfant ou l'adolescent arrivera à se dépasser lui-même, faisant sienne cette formule : « féconder le passé et enfanter l'avenir, que tel soit mon présent ».

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
MICHAUX

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1. DOUADY (Dr). — L'enseignement destiné aux enfants et adolescents malades ou atteints de déficiences physiques. (*Revue Réadaptation*, juillet 1957, n° 42.)
2. *Annales de Médecine Praticienne et Sociale*, 10^e année, décembre 1954, n° 132 : « Diminués physiques », p. 59.
3. *Bulletin du Bureau International d'Education*, 26^e année, troisième trimestre 1952, n° 104.
4. Avis sur le projet de loi paru au *Journal Officiel*, Documents parlementaires, Assemblée Nationale, annexe n° 10.623, session de 1950, séance du 17 mars 1950.
5. GUILLEMENAT. — Etudes pédagogiques, moyens audio-visuels, 1956, « Le cinéma et l'enseignement du premier degré », p. 167.
6. LOWYS-ULM. — Problèmes techniques. Notes sur le rôle et l'utilisation du cinéma chez les enfants soignés en établissements de cure. (*Revue Pour l'Enfant*, mai-août 1956, n° 13-14.)
7. HEUYER (G.). — Introduction à la psychiatrie infantile. (*Presses Universitaires de France*.)
8. HEUYER (G.). — *Cinéma et Affectivité, L'Ecole des Parents*, 1955-1956, n° 5.
9. WEILER. — Ce que le cinéma peut apporter aux enfants. (*Compte Rendu de la Journée Organisée par le Mouvement de Défense de l'Enfance*, 18 mai 1956.)
10. Organiser des séances de cinéma pour les enfants en maisons de cure. (*Pour l'Enfance*, octobre-novembre 1955, n° 10, pp. 17 et suiv.)
11. GRATIOT-ALPHANDERY (Mme H.). — L'enfant et la télévision. (*Camaraderie*, mars 1957, n° 65.)
12. LATOUR (Dr) et PUECH (Dr). — Les malades chroniques. Sauvegarde de l'enfance. (*VIII^e Congrès de l'U.N.A.R.*, Toulouse, octobre 1956.)

13. Problèmes scolaires soulevés par les enfants et adolescents handicapés physiques. (*Réadaptation*, Paris, juillet 1957, n° 42, pp. 6-34.)
14. LABAUGE (Dr) et LAFON (Dr). — Les épileptiques. Sauvegarde de l'enfance. (*VIII^e Congrès de l'U.N.A.R.*, Toulouse, octobre 1956.)
15. Ouverture d'un établissement pour épileptiques. (*Réadaptation*, année 1954, n° 42.)
16. RAMBERT (E.). — L'enfant diabétique et le problème scolaire. (*Réadaptation*, janvier 1957, n° 36, pp. 13 et suiv.)
17. Les enfants diabétiques et cardiaques dans le cycle scolaire. (*Hygiène par l'Exemple*, 34^e année, septembre 1954, n° 1.)
18. SOULIER (J.P.). — Collèges spéciaux pour l'éducation des hémophiles. (*Médecine de France*, 1961, n° 123, pp. 13 à 16.)
19. THÉVENIN. — Centres pour épileptiques. (*Sauvegarde de l'Enfance*, année 1954.)
20. MOZZICONACCI (Pr P.). — La réadaptation des enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu. (*Réadaptation*, février 1960, n° 16, pp. 17 à 19.)
21. ROBERT (J.). — Tuberculose et scolarité. (*Réadaptation*, février 1960, n° 67, pp. 21-30.)
22. ROBERT (Dr J.). — Le handicap de l'enfant tuberculeux pulmonaire. (*Thèse de Doctorat en Médecine*, éditée par le Service « Réadaptation » du Bureau Universitaire de Statistique et Documentation Scolaire et Universitaire professionnelle.)
23. L'enseignement secondaire chez les allongés. (*Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaire*, 1952, t. V, n° 1.)
24. PORGE (Jean-F.). — La scolarité des albuminuriques et des convalescents de néphrite. (*Revue Française d'Hygiène et de Médecine Scolaire et Universitaire*, 1955, n° 5, pp. 218 et suiv.)
25. BELEY (A.). — Problèmes d'hygiène mentale touchant à l'hospitalisation de l'enfant. (*Hygiène Mentale*, 1961, pp. 137-158.)
26. DUBOIS (R.) et LESCHANOWSKY (H.). — Observations d'hospitalisme. Possibilités de récupération. Rôle de l'organisation d'un hôpital dans le traitement d'enfants atteints d'hospitalisme. (*Revue L'Enfant*, Bruxelles, 1958, n° 2, pp. 93-105.)
27. LAFON-FAURE. — Retentissement psychologique de l'état de maladie chez l'enfant. (*Revue Sauvegarde de l'Enfance*, 1955, n° 5-6, p. 464.)
28. LELONG (M.) et LEBOVICI (S.). — L'enfant à l'hôpital. (*Annales de Pédiatrie*, 12 avril 1955, pp. 349-367.)

29. BRETON (A.) et GAUDIER (B.). — L'hôpital pédiatrique, centre d'éducation scolaire. (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, 1959, n° 7-8, pp. 269 et suiv.)
30. FLAVAUT. — Récupération scolaire individuelle. (*Revue Réadaptation*, janvier 1956, n° 26.)
31. ABEL (Brigitte). — Rééducation et rattrapage. (*Cahiers de l'Enfance*, novembre 1956, n° 30.)
32. Inadaptation scolaire, antichambre de l'inadaptation sociale. (*Revue La Santé de l'Homme*, août-octobre 1955, n° 90.)
33. LEFÈVRE (L.). — De l'organisation d'un enseignement pour enfants inadaptés du second degré. (*Cahiers de l'Enfance Inadaptée*, 12^e année, avril-mai 1962, n° 7, pp. 6-11.)
34. BOUBRASSET. — Réflexions sur une expérience de dépistage de retard scolaire. (*Revue de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, Bulletin d'Information*, n° 2.)
35. DUTILLEUL (G.). — Les classes de réadaptation de l'enseignement du second degré. (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*, novembre-décembre 1954, n° 11-12, pp. 501-514.)
36. DOTTRENS (R.). — Retards scolaires et adaptation sociale. (*Cahiers de l'Enfance*, octobre 1961, n° 79, pp. 22 et suiv.)
37. PICARD (M.). — Retard et inadaptation scolaires. (*L'Ecole et la Nation, « Pédagogie »*, mai 1957, n° 58, pp. 1-11.)
38. FAVAREL (J.). — L'école, facteur de rééducation des handicapés. (*Les Cahiers de l'Enfance Inadaptée*, numéro spécial 1963 : Communautés d'enfants.)
39. BONNET (M.J.). — L'enseignement du premier degré en faveur des enfants handicapés physiques. (*Revue Réadaptation*, juillet 1957, n° 42.)
40. AUBIN (Dr H.). — Réactions psychologiques générales de la situation de l'inadaptation. (*Sauvegarde de l'Enfance : VIII^e Congrès de l'U.N.A.R.*, Toulouse, octobre 1956.)
41. PETIT (Jean). — La scolarité des enfants et adolescents handicapés physiques. (*Revue Réadaptation*, février 1960, n° 67.)
42. AMSLER (R.) et CADY (J.). — L'enseignement secondaire chez les enfants allongés. (*II^e Congrès International d'Hygiène et de Médecine Scolaire*, Lyon, 9, 10, 11 et 12 juillet 1952, pp. 333-348.)
43. POROT (Dr M.). — La psychologie des tuberculeux. (Neuchâtel, Suisse, Edition Delachaux et Niestlé.)
44. FABRE (A.). — Education et rééducation. (*Revue de l'Education Nationale*, 15 février 1962, n° 7.)

